Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd

Utrecht, juni 2015

Inhoud

Voorwoord

Een goede overdracht is in het licht van de veranderingen in de zorg van essentieel belang. De opnameduur van een patiënt in een ziekenhuis is de voorbijgaande jaren fors afgenomen en het herstel vindt verder bij de patiënt thuis of in een verpleeg- of verzorgingshuis plaats. De zorg thuis en in het ziekenhuis zijn veel meer in elkaars verlengde komen te liggen. Dit vraagt extra focus op de continuïteit van zorg die ook in deze veranderende context door continuïteit van informatie gewaarborgd moet zijn zodat de patiënt geen onnodige risico's op gezondheidsschade loopt.

De overdracht van patiëntengegevens is een complex en kwetsbaar proces waarbij tussen twee partijen de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt moet worden overgedragen, terwijl zij vaak geen contact hebben, elkaars situatie niet goed kennen en in verschillende type organisaties moeten functioneren. Bovendien is er geen eindverantwoordelijke voor het overdrachtsproces die partijen bij elkaar kan brengen en die knopen door kan hakken.

Uit ons onderzoek naar de overdracht van patiëntengegevens bij kwetsbare ouderen blijkt dat zorgaanbieders de veldnormen voor een goede overdracht nog onvoldoende naleven en dat daarmee de continuïteit van de zorg in het gedrang is. Zo zijn zorgverleners zich nog te weinig bewust van hun verantwoordelijkheid voor deze continuïteit en vindt de overdracht vaak niet tijdig en niet volledig plaats.

Dat het proces veelal goed gaat komt door de direct betrokken zorgverleners. Vaak worden tekortkomingen in de formele overdracht gecompenseerd met informele middelen, zoals telefonisch navraag doen bij het ontbreken van patiëntengegevens.

Het huidige proces van de overdracht van patiëntengegevens is in haar huidige uitvoering te kwetsbaar. Het is dan ook goed om te constateren dat betrokken zorgpartijen, mede naar aanleiding van voorliggend onderzoek, de uitdaging zijn aangegaan om dit proces te verbeteren. Zo heeft een aantal ziekenhuizen bij de start van ons onderzoek het 'toetsingskader overdracht' gebruikt om een interne *audit* uit te voeren om op basis daarvan verbeteringen door te voeren. Ook zijn er ziekenhuizen die na het onderzoek zogenaamde ketenmanagers aanstelden, die het overdrachtproces bewaken. Uit recent onderzoek naar rationele farmacotherapie bij ziekenhuizen bleek dat twee ziekenhuizen, waarvan één betrokken was bij het onderzoek naar overdracht, hun (medicatie)overdrachtsproces inmiddels goed hadden ingericht. Dit sterkt mij in mijn idee dat verbeteringen snel mogelijk zijn.

Het is echter van belang dat er een duidelijke samenhang is tussen al deze verbeteringen. Het proces van de overdracht moet zo georganiseerd zijn dat de zorg door de betrokken zorgaanbieders zodanig aansluit dat de continuïteit van zorg voor de kwetsbare oudere patiënt, maar ook alle andere cliënten, gewaarborgd is. Ik roep daarom het veld op om analoog aan de 'Veilige principes in de medicatieketen' te werken aan veilige principes voor de overdracht van zorg en deze te gebruiken voor het verder ontwikkelen van de verschillende overdrachten.

Mevr. dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De opnameduur van patiënten in het ziekenhuis is de voorbijgaande jaren sterk afgenomen. Patiënten verblijven korter in het ziekenhuis en het herstel vindt steeds meer plaats in de thuissituatie. Het is daarom belangrijk dat gegevens van een patiënt tijdig en compleet naar de opvolgende zorgverlener verstuurd worden zodat de zorg voor een cliënt gecontinueerd kan worden. Uit meldingen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontvangt en uit eerder onderzoek in 2011 blijkt dat dit niet altijd het geval is. Dit kan leiden tot verhoogde risico's voor patiënten.

De inspectie onderzocht daarom de naleving van de normen over de medische, medicatie- en verpleegkundige overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen. Na overleg met het veld stelde de inspectie in 2013 het toetsingskader overdracht op.

In december 2013 vroeg de inspectie aan ziekenhuizen om vóór 1 februari 2014 gegevens aan te leveren over kwetsbare ouderen die in de periode half oktober tot half december 2013 uit het ziekenhuis waren ontslagen naar een verpleeghuis, een verzorgingshuis of naar huis met thuiszorg. Deze gegevens waren afkomstig van de afdelingen chirurgie, neurologie en geriatrie/interne geneeskunde. In de periode maart 2014 – januari 2015 bezocht de inspectie tien ziekenhuisregio's en bekeek de dossiers die aanwezig waren in de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen, de thuiszorgorganisaties en bij de huisartsen om de kwaliteit van de overdrachten te beoordelen. De inspectie verrichtte ook in de betrokken ziekenhuizen verificatieonderzoek.

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat in de onderzoeksperiode in geen van de onderzochte regio's de overdracht van zorg voor kwetsbare ouderen zo betrouwbaar is georganiseerd dat een goede overdracht gewaarborgd is en er gesproken kan worden van continuïteit in zorg. Zorgverleners lijken zich onvoldoende bewust van hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Overdrachten worden niet altijd tijdig gestuurd naar de opvolgende zorgverlener en zijn niet altijd compleet.

De bezochte zorgverleners moesten van de inspectie maatregelen nemen om te komen tot een veilig en sluitend systeem voor overdracht.

De inspectie doet de aanbeveling aan alle zorgaanbieders om het overdrachtsproces voor kwetsbare ouderen zo in te richten dat de continuiteit van zorg gewaarborgd is. Daarnaast vraagt de inspectie de koepels, de beroepsverenigingen en de patiëntenorganisaties om te komen tot een breed gedragen richtlijn voor de medische en de verpleegkundige overdracht van kwetsbare ouderen.

De inspectie volgt de verbetertrajecten bij de bezochte zorginstellingen en zal vanaf 2016 in haar regulier toezicht de voortgang van de verbeteringen in de overdracht van kwetsbare ouderen volgen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Als een patiënt wordt verwezen[a] naar een ziekenhuis zijn de traditionele kernbegrippen opname en ontslag. Tijdens de opname is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de behandeling van de klacht waarvoor de patiënt is verwezen: aan het eind van de behandeling wordt de patiënt naar de thuissituatie ontslagen. Na het ontslag schrijft de specialist een ontslagbrief, voor de huisarts, die tevens de voornaamste samenvatting is van wat tijdens de opname gebeurde. Dit proces stamt uit een tijd toen de gemiddelde opnameduur in een ziekenhuis beduidend langer was en patiënten werden ontslagen op het moment dat zij waren uitbehandeld. Inmiddels is de gemiddelde opnameduur voor bijvoorbeeld een beroerte meer dan gehalveerd van twintig naar zeven dagen[b]. Ingrepen worden in toenemende mate in dagopname uitgevoerd en patiënten herstellen thuis. Daarmee is de zorg thuis en in het ziekenhuis veel meer in elkaars verlengde komen te liggen. De term ontslag past niet meer, de term overdracht wel: het bewust overdragen van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een patiënt van de ene zorgverlener aan de andere.

De overdracht van patiëntengegevens is een proces dat nauw luistert en waarbij verantwoordelijkheid, tijdigheid, compleetheid en correctheid de belangrijkste aandachtspunten zijn. Iedere zorgverlener die een patiënt overdraagt aan de volgende zorgverlener moet er zeker van zijn dat de opvolgende zorgverlener de verantwoordelijkheid voor de patiënt daadwerkelijk kan overnemen. Dit betekent dat een overdragende zorgverlener de patiëntengegevens - tijdig bij de overdracht en zo compleet mogelijk – voor het overnemen van de verantwoordelijkheid[c] naar de opvolgende zorgverlener stuurt en dat hij moet nagaan of deze informatie op de plek terechtkomt waar de verantwoordelijkheid voor de patiënt overgenomen gaat worden. De opvolgende zorgverlener moet op basis van de verstrekte patiëntengegevens kunnen bepalen of hij daadwerkelijk de patiënt moet en kan overnemen of moet actie ondernemen om de continuiteit van zorg aan de patiënt op een andere wijze te waarborgen. De behandelend zorgverlener blijft verantwoordelijk tot die verantwoordelijkheid voor een patiënt goed is overgedragen. Overdracht van patiëntengegevens vraagt dus van de overdragende en de opvolgende zorgverlener een actieve rol om het proces sluitend te maken en de continuiteit van de zorg voor de patiënt te waarborgen.

Bij iedere individuele patiënt moet de afweging worden gemaakt welke informatie moet worden overgedragen. In theorie is het mogelijk om iedereen over te dragen op het niveau van een kwetsbare oudere naar een situatie met minimale voorzieningen; in de praktijk zal de overdracht van een oudere patiënt meer informatie vragen dan die van een patiënt van middelbare leeftijd en kan dat voor een thuissituatie met beperkte middelen andere informatie zijn dan voor een overdracht naar een goed geoutilleerde instelling.

---

a Dit is een lastig begrip. Een patiënt wordt verwezen naar een specialist voor de behandeling van een specifieke klacht. In de praktijk wordt de verantwoordelijkheid voor de complete zorg overgedragen bij opname, maar dit staat nergens omschreven. In voorliggend rapport is de aanname dat de gehele verantwoordelijkheid voor de zorg voor een patiënt tijdens de opname bij de eindverantwoordelijke specialist ligt en dat de specialist deze bij ontslag weer overdraagt aan de verantwoordelijke opvolgende behandelaar.

b http://www.nationaalkompas.nl

c Compleet voldoen aan de behoefte van de opvolgende zorgverlener en niet een compleet verslag van de gebeurtenissen tijdens de opname.

Het niet-tijdig, incompleet of niet correct zijn of het volledig ontbreken van medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachten vanuit ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen (en omgekeerd) kan leiden tot verhoogde risico's voor kwetsbare oudere patiënten. De zorgverleners die de zorg overnemen kunnen hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de zorg niet goed nemen als zij niet direct bij overname over complete en correcte gegevens kunnen beschikken of als zij die gegevens niet op de juiste manier gebruiken. De patiënten lopen dan risico op gezondheidsschade en verlies van kwaliteit van leven. Daarom is het van belang dat de zorgverleners die overdragen zich bewust zijn van de zorgketen en weten welke zorgverlener de zorg overneemt.

Uit het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat de overdracht van patiëntinformatie van kwetsbare ouderen niet altijd op orde is. De inspectie ontvangt jaarlijks meldingen over calamiteiten in zorginstellingen kort na ontslag uit het ziekenhuis die mede veroorzaakt zijn door een onvolledige, onjuiste of te laat ontvangen overdracht van medische, medicatie- en verpleegkundige gegevens. De inspectie rapporteerde in de Staat van de Gezondheidszorg 2011 al over structurele knelpunten in de informatie-uitwisseling in de zorg.

Praktijkvoorbeeld van oudere longpatiënt, overleden door incomplete overdracht

Een oudere patiënt met longklachten was in zorg bij een thuiszorgorganisatie. De patiënt werd opgenomen in het ziekenhuis wegens verslechtering van zijn longklachten.

Na twee weken ziekenhuisopname organiseerde de verpleegkundige van de longafdeling het ontslag naar huis. Uitgaande van een nagenoeg gelijke zorgvraag als voorafgaand aan de opname, werd het transferbureau niet ingeschakeld. Via telefonisch contact vroeg de afdelingsverpleegkundige aan de wijkverpleegkundige van de thuiszorg om naast de al geïndiceerde zorg, dagelijks een bloedglucosedagcurve te bepalen en één maal per dag insuline te spuiten in verband met onstabiele bloedsuikerwaarden. Afhankelijk van de waarde moest de patiënt extra insuline toegediend krijgen volgens een bijspuitschema.

Op vrijdagochtend werd de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen. De thuiszorg hervatte de zorg op zaterdag. Een wijkverpleegkundige van de thuiszorg had beschikking over mondelinge overdrachtsinformatie van de verpleegkundige uit het ziekenhuis en had dit weer mondeling overgedragen aan een collega wijkverpleegkundige. Vervolgens droeg deze wijkverpleegkundige de informatie over via een voicemailbericht aan een verzorgende IG.

Op zaterdag leverde een verzorgende IG de zorg bij de patiënt. Bij aanvang van de zorg bleek dat in de summiere schriftelijke overdracht uit het ziekenhuis niet stond beschreven welk soort insuline, merknaam en dosering de patiënt moest hebben. Ook beschikte zij niet over een medicatieoverdracht noch een medicatietoedienlijst. De betrokken verzorgende IG moest volledig afgaan op het voicemailbericht. Zij bepaalde de bloedsuiker en diende insuline toe. Mogelijk spoot zij de verkeerde insuline als gevolg van de incomplete en grotendeels mondelinge overdracht vanuit het ziekenhuis.

's Middags legde een dienstdoende huisarts gealarmeerd door de familie een visite af bij de patiënt. Hij stelde de diagnose: coma door een veel te lage bloedsuiker.

's Nachts is de patiënt overleden. De dienstdoende GGD-arts verrichtte lijkschouwing en constateerde een niet-natuurlijke dood.

Ook een groot aantal veldpartijen in de zorg[d] ziet de risico's rond overdracht van patiëntengegevens. Dit bleek mede tijdens de informatiebijeenkomst voor cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties, die de inspectie op 26 maart 2015 hield. Veldpartijen doen in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'[e] expliciet uitspraken over overdracht. Zij beschrijven dat zowel de overdragende zorgaanbieder als de overnemende zorgaanbieder zich moeten inspannen om de overdracht goed te laten verlopen:

"Aandachtspunt 4
Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te verlenen."

"Aandachtspunt 9
Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtsmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie."

Om de overdracht van verantwoordelijkheden mogelijk te maken is overdracht van informatie essentieel. In het voorliggend onderzoek is de overdracht van verantwoordelijkheid tussen zorgverleners onderzocht door het beoordelen van de overdracht van informatie tussen die zorgverleners. De overdracht van informatie is immers waarneembaar en de overdracht van verantwoordelijkheid is dat op dit moment niet.

Belang
De inspectie wil met dit toezicht verdere bewustwording in het veld creëren over de gevolgen van het niet-tijdig, incompleet of incorrect zijn van een overdracht of het geheel ontbreken ervan.

De inspectie wil door het stimuleren van en toezien op tijdige, complete en correcte overdrachten bijdragen aan het vergroten van de patiëntveiligheid in de zorgketen in het bijzonder van kwetsbare ouderen.

Kwetsbare ouderen en hun naasten moeten kunnen vertrouwen op een verantwoorde overdracht van patiëntinformatie.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag: In welke mate worden de normen over de medische, medicatie- en verpleegkundige overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen uit het 'IGZ-toetsingskader overdracht ZH –VVT[f]' nageleefd en is daarmee de continuïteit van de zorg gewaarborgd?

Deelvraag: Wat vertellen de zorgverleners over hun ervaringen met overdrachten van kwetsbare ouderen van ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen?

---

d KNMG, FMS, NVZ, NFU, NIV, NOV, NVN, NVKG, NVK, Revalidatie NL, LHV, Verenso, V&VN, Actiz, Nevep, BTN, SPOT, KNMP, NPCF, LOC Zeggenschap in zorg, Consumentenbond, Kwaliteitsinstituut, NHG en NVH.
e Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG et al. Januari 2010.
f ZH staat voor ziekenhuis; VVT staat voor verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg inclusief huisarts.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Voorbereidend onderzoek

Ter voorbereiding van het toezicht naar de overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen legde de inspectie een groep onderzoeksinstituten[g] de volgende vraag ter beantwoording voor:

1 Welke landelijke veldnormen zijn er rond medische en verpleegkundige overdracht van ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen en omgekeerd?
2 Wat zijn oorzaken voor niet compleet, correct of tijdig overdragen van gegevens?
3 Welke kengetallen rond het volume van overdracht van ziekenhuis naar VVT zijn beschikbaar voor de Nederlandse situatie?
4 Welke *good pratices* op het gebied van overdracht tussen ziekenhuis en VVT zijn er in Nederland voorhanden?
5 Wat is de stand van zaken ten aanzien van de bekendheid, acceptatie en invoer van de *Continuity of Care Record* (CCR)[h] in Nederland?

Deze vragen zijn beantwoord in het rapport 'Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT' dat gepubliceerd is in oktober 2012.[i] De inspectie gebruikte de door de onderzoeksgroep geïdentificeerde landelijke veldnormen voor het opstellen van een toetsingskader voor dit thematisch toezicht.

Het was tijdens het onderzoek niet mogelijk om de overdracht aan beide kanten van de ziekenhuisopname te onderzoeken. Daarom werd gekozen voor één van de twee overdrachten. Dit gebeurde op basis van een inschatting van het risico op patiëntschade bij het ontbreken van een overdracht. In haar onderzoek ging de inspectie uit van de volgende aannames[j] om het overdrachtsproces van ziekenhuis naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen te onderzoeken:

- De middelen en mogelijkheden (laboratorium, röntgen, etc.) in de VVT en voor huisartsen zijn beperkter waardoor ontbrekende gegevens moeilijker zelf gegenereerd kunnen worden. In de VVT geeft een ontbrekende, niet tijdige of incomplete overdracht daardoor mogelijk meer risico's dan in ziekenhuizen.
- De digitalisering van patiëntengegevens is in ziekenhuizen verder gevorderd dan in de VVT exclusief huisartsen; ziekenhuizen werken veelal met elektronische patiëntendossiers van waaruit een concept-overdracht volgens een afgesproken format gegenereerd kan/zou kunnen worden.
- De overdracht van het ziekenhuis naar de VVT en huisarts kan al vanaf het moment van opname voorbereid worden. Overplaatsing vanuit VVT en huisarts naar het ziekenhuis daarentegen is meestal vrij acuut, hetgeen de mogelijkheid voor het direct meegeven van alle actuele overdrachtgegevens bemoeilijkt.
- De implementatie van de e-Overdracht (standaard elektronisch verpleegkundig overdrachtsbericht) is in eerste instantie gericht op de overdracht van ziekenhuis naar VVT.

Toetsingskader

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen over de overdracht van patiënteninformatie in het kader van de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen stelde de inspectie een toetsingskader op. Dit 'IGZ-toetsingskader Overdracht ZH–VVT'

---

g Nivel, EMGO+/VUmc, Kiwa-Prismant, Vilans.
h Continuity of Care Record (CCR) is een standaard die zorgverleners helpt bij de overdracht van informatie aan een collega.
i Dit rapport is te vinden op de website van de inspectie (www.igz.nl).
j Deze aannames zijn alleen relevant voor de onderzoeksprioriteiten van de IGZ en zijn niet bedoeld om een verschil in noodzakelijkheid van overdracht aan te geven. Overal waar in dit rapport ziekenhuizen staat is dat bedoeld als synoniem voor de overdragende zorgverlener, los van zijn plaats in de eerste of tweede lijn.

(bijlage 1) is in december 2013 vastgesteld na een *Invitational Conference* met de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties in mei 2013 en na een pilot in november 2013. Vervolgens stuurde de inspectie het toetsingkader ter informatie aan alle geraadpleegde cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties.

Dit toetsingskader is gebaseerd op wet- en regelgeving en op veldnormen die de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties hebben ontwikkeld.

Het gaat onder andere om de volgende wet- en regelgeving en veldnormen[k]:
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Geneesmiddelenwet (GW).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2008[l].
- Handreiking voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens, 2008.
- NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen, 2008.
- KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010.
- KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010.
- NPCF e.a. Kwaliteit in Zicht. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief, 2011.
- V&VN Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, september 2011.

Pilotbezoeken
De inspectie testte het toetsingskader in twee pilotbezoeken. Op basis van de bevindingen van deze bezoeken selecteerde de inspectie het aantal te gebruiken normen tot het kader dat uiteindelijk in het project werd gebruikt. De inspectie informeerde alle betrokken organisaties over deze inperking van het toetsingskader.

Steekproef
De inspectie trok eind 2013 uit alle ziekenhuizen een gestratificeerde[m] aselecte steekproef van twintig ziekenhuizen. In 2014 is, omdat de inspectiebezoeken meer tijd bleken te kosten dan was voorzien, het aantal ziekenhuizen teruggebracht naar tien: één academisch, vier topklinische en vijf algemene ziekenhuizen (bijlage 3).

De inspectie vroeg de ziekenhuizen in december 2013 om vóór 1 februari 2014 gegevens[n] aan te leveren over kwetsbare ouderen die in de periode half oktober tot half december 2013 uit het ziekenhuis waren ontslagen naar een verpleeghuis, een verzorgingshuis of naar huis met thuiszorg. De inspectie vroeg om privacyredenen niet naar de naam, de voorletters, het adres en de woonplaats van de patiënten. Het ging om patiënten van de afdelingen chirurgie, neurologie en geriatrie/interne geneeskunde. Uit de door het ziekenhuis aangeleverde gegevens koos de inspectie van elk specialisme gestratificeerd negen dossiers, bij voorkeur gelijk verdeeld over de ontslagbestemmingen: drie naar het verpleeghuis, drie naar het verzorgingshuis en drie naar huis met thuiszorg.
Huisartsen verlenen medische zorg in verzorgingshuizen en thuis. Bij boven-genoemde verdeling ging het voor de medische zorg in het verzorgingshuis en de

k Bij alle wetenschappelijke verenigingen is geïnventariseerd of er normen bestaan voor ontslagbrieven. Deze waren niet opgesteld.
l Vanaf mei 2015 is deze richtlijn door de veldpartijen voorzien van een 'Nadere toelichting bij de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten'. In de periode van dit toezichtonderzoek was deze toelichting nog niet van kracht.
m Gestratificeerd: academisch, topklinisch en algemeen.
n Opgevraagde gegevens: geboortedatum, ontslagdatum en geslacht van patiënt, behandelend specialisme, type en adres opvolgende zorgaanbieder, naam en adres huisarts.

thuiszorg om maximaal zes huisartsen per medisch specialisme. Het gebied waaruit opvolgende zorgverleners geselecteerd konden worden, werd beperkt tot een zone rond het ziekenhuis met een maximale reistijd van één uur.

Beoordeling bij verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en huisartsen
Van 27 uit het ziekenhuis ontslagen kwetsbare oudere patiënten zag de inspectie in de periode maart 2014 – januari 2015 de dossiers in[o] bij de verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en huisartsen om met behulp van het toetsingskader de kwaliteit van de overdrachten te beoordelen. Ook nam de inspectie bij alle opvolgende zorgaanbieders interviews af van specialisten ouderengeneeskunde of huisartsen en verpleegkundigen/verzorgenden aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten. Dit leverde informatie op over de werkwijze rond overdracht, de beleving van de onderlinge samenwerking en de oorzaken van eventuele problemen bij de overdracht van patiëntengegevens in de verschillende regio's. Tot slot vroeg de inspectie naar (regiobrede) schriftelijke afspraken met het ziekenhuis over de inhoud en de kwaliteit van de uitwisseling van patiëntengegevens specifiek voor kwetsbare ouderen, in het kader van de continuïteit van zorg.

Verificatie in het ziekenhuis
Aangezien het inspectieonderzoek zich primair richtte op het waarborgen van de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen rond een ziekenhuisopname, beoordeelde de inspectie de overdrachten die zij bij de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen, de thuiszorgorganisaties en de huisartsen aantrof[p]. De inspectie realiseerde zich dat het niet aantreffen van overdrachten in de VVT en bij huisartsen niet hoefde te betekenen dat deze niet verzonden waren. Daarom deed de inspectie ter verificatie ook dossieronderzoek in het ziekenhuis in die gevallen waar overdrachtgegevens in de VVT of bij huisartsen ontbraken of niet tijdig (volgens onderstaande definitie) waren ontvangen.
Als de patiënt niet bekend was bij de zorgaanbieder waarnaar hij volgens de gegevens van het ziekenhuis was ontslagen, beoordeelde de inspectie de medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachtinformatie als niet overgedragen.
Ook in het ziekenhuis vroeg de inspectie naar (regiobrede) schriftelijke afspraken over de inhoud en de kwaliteit van de uitwisseling van patiëntengegevens voor kwetsbare ouderen in het kader van de continuïteit van zorg.
Net als in de VVT hield de inspectie in het ziekenhuis semigestructureerde interviews. Om inzicht te krijgen in de werkwijze rond overdracht en de beleving van de samenwerking sprak de inspectie met medisch specialisten, verpleegkundigen en de ziekenhuisapothekers.

Het begrip tijdigheid, vastgesteld op basis van vermelde datum
Omdat de inspectie de continuïteit van verantwoorde zorg voor kwetsbare ouderen toetste, definieerde de inspectie de tijdigheid van de overdrachten (conform de richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens in de keten') als 'zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar'. De grens van 24 uur is niet gebaseerd op inhoudelijke onderbouwing, anders dan op de noodzaak om tot een consistente beoordeling te komen[q]. In een definitieve normstelling zal deze grens nader functioneel omschreven moeten worden.

---

o De inzage vond plaats op grond van artikel 87, tweede lid Wet BIG en artikel 7, derde lid KWZ met inachtneming van de brieven van de Minister van VWS aan de Eerste Kamer bij de behandeling van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving.
p Dit is een uitbreiding van de bestaande norm.
q De HASP-standaard voor informatie overdracht tussen huisarts en specialist zegt hierover: 'De huisarts is zeer gediend met een brief op de dag van ontslag'.

De tijdigheid van de (voorlopige) overdracht beoordeelde de inspectie alleen aan de hand van de datum op de overdracht. Geen van de opvolgende zorgverleners registreerde de datum van ontvangst. Als de inspectie oordeelde dat de overdracht niet tijdig was, betekende dit dat de datum op de (voorlopige) overdracht meer dan 24 uur vóór het ontslag of meer dan 24 uur na het ontslag lag. Als de voorlopige overdracht na ontvangst van de definitieve overdracht uit het dossier was verwijderd en de inspectie niets over die voorlopige overdracht in het dossier kon vinden, beoordeelde de inspectie de tijdigheid op basis van de datum van de aangetroffen overdrachtsbrief.
In een te vroeg opgestelde en/of verstuurde overdracht kan essentiële informatie ontbreken over de dagen vóór het ontslag. Als de datum op de overdracht vóór het moment van ontslag ligt, is niet vast te stellen of de overdracht is bijgewerkt tot het moment van ontslag. Kwaliteitsbewaking van dit proces is onmogelijk als informatie over het moment van verzenden ontbreekt.

Het begrip 'Regio van'
De overdracht moet afgestemd zijn op de behoeften van de opvolgende zorg-verlener. Bij ongeveer 90 ziekenhuizen, die in toenemende mate naast hun algemene functies ook een specifieke profielfunctie voor een grotere regio hebben, gaat het minimaal om 100 huisartsen[r] en 24 verpleeg- en verzorgingshuizen[s] per ziekenhuis. Dit alles onder de aanname dat één huisarts een relatie heeft met één ziekenhuis. Dit zal vrijwel nooit het geval zijn. Enerzijds moet de overdracht dus afgestemd worden op de specifieke behoeften van de opvolgende zorgverlener, anderzijds is het aantal hiervan zo groot dat deze eis nooit gesteld kan worden voor iedere zorgverlener die een overdracht ontvangt, tenzij er één landelijke afspraak is waar iedereen zich op kan instellen. In het vooronderzoek naar normen is vast-gesteld dat deze norm voor de overdracht ontbreekt. Het best haalbare alternatief is een afspraak tussen het overdragende ziekenhuis en die opvolgende zorgverleners die het grootste deel van de overgedragen patiënten ontvangen. De regio komt grofweg overeen met het oude begrip adherentiegebied van het ziekenhuis.

Analyse kwantitatieve data
De inspectie beoordeelde de aanwezigheid, de tijdigheid en de compleetheid van de medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachten met dossieronderzoek. De inspectie beoordeelde de aanwezigheid en de compleetheid conform de formulering in de normen, niet voor de inhoudelijke situatie van de patiënt. De resultaten van dit onderzoek legde de inspectie vast in dossierscorelijsten. Door analyse van de verzamelde data stelde de inspectie de resultaten van het dossieronderzoek vast.

Beoordeling van normen, wanneer is vertrouwen gerechtvaardigd?
De inspectie hanteerde stringent de normen uit het toetsingskader. Alleen als een ziekenhuis volledig voldeed aan de onderzochte overdrachten voldeed het zieken-huis aan de norm. Uitgangspunt hierbij is dat een kwetsbare oudere patiënt er op moet kunnen vertrouwen dat overdragende en opvolgende zorgverlener zó samen-werken dat essentiële informatie altijd wordt overgedragen. Alleen als de overdracht altijd voldoet, is dat vertrouwen gerechtvaardigd. Vanuit het standpunt van de patiënt is het niet relevant of de overdracht niet tot stand komt omdat het zieken-huis de overdracht niet heeft opgesteld of omdat de huisarts de overdracht niet heeft gelezen. Beide partijen moeten zo samenwerken dat de overdracht goed tot stand komt.

r Data NIVEL 2012: 7893 zelfstandig werkzame huisartsen.
s Data zorgkaart 2015: 2207 verpleeg- en verzorgingshuizen.

Analyse kwalitatieve data (semigestructureerde interviews)
De verslagen van de semigestructureerde interviews gebruikte de inspectie, nadat de geïnterviewden in de gelegenheid waren gesteld de verslagen te controleren op feitelijke onjuistheden, op twee manieren:

- Voor beschrijving in de regiorapporten van de overdrachtsprocedures en samenwerkingsafspraken in de regio's. Hiervoor zijn de interviews in de ziekenhuizen, in de VVT en met de huisartsen gebruikt.
- Voor beschrijving van de ervaringen met overdrachten van de samenwerkingspartners van het ziekenhuis in de regio. Hiervoor zijn de interviews bij de VVT-instellingen en met de huisartsen gebruikt.

Twee inspecteurs voerden de analyse van de kwalitatieve data uit. Onafhankelijk van elkaar zijn interviews geanalyseerd met als resultaat een codelijst met basisthema's. Vervolgens vond overleg plaats tot consensus werd bereikt. Aan de hand van de herziene themalijst analyseerden de inspecteurs de interviews.

2 Conclusies

2.1 Continuiteit van zorg voor kwetsbare ouderen, door onvoldoende naleven veldnormen, niet gewaarborgd

De hoofdvraag in dit onderzoek was: In welke mate worden de normen over de medische, medicatie- en verpleegkundige overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen uit het 'IGZ-toetsingskader overdracht ZH –VVT' nageleefd en is daarmee de continuïteit van de zorg gewaarborgd?

De overdracht van zorg bestaat uit meerdere stappen. Een verantwoordelijke zorgverlener moet het besluit tot overdracht/ontslag nemen en stelt de opvolgende verantwoordelijke zorgverlener daarvan op de hoogte. Deze moet tijdig de relevante informatie ontvangen over de patiënt om te besluiten welke acties moeten worden ondernomen om de zorg voort te zetten. Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat in de onderzoeksperiode in geen van de onderzochte regio's op al deze punten de overdracht van zorg voor kwetsbare ouderen zo betrouwbaar is georganiseerd dat een goede overdracht en de continuïteit in zorg gewaarborgd zijn.

De inspectie vindt dit zorgelijk omdat de uitkomsten van het onderzoek van de inspectie in grote lijnen overeenkomen met eerder toezicht van de inspectie naar de overdracht van informatie in 2011[t]. In het licht van de ontwikkelingen in de zorg is het belangrijker dan ooit dat het overdrachtsproces nu goed wordt geregeld. Patiënten worden minder lang behandeld in het ziekenhuis, de opnameduur is in de voorbije jaren fors afgenomen, en het verdere herstel vindt plaats bij de patiënten thuis of in het verpleeg- of verzorgingshuis. Voor de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen is het essentieel dat informatieoverdracht goed plaatsvindt.

De inspectie is van oordeel dat alle betrokken zorgaanbieders, zowel de overdragende als de opvolgende partijen, nog niet voldoende hun verantwoordelijkheid nemen en te weinig sturen op de verbetering van de overdracht. Deze situatie geeft risico's voor alle patiënten en met name voor de kwetsbare oudere patiënten.

2.2 Zorgverleners nemen onvoldoende hun verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg

Wanneer een patiënt door het ziekenhuis overgedragen wordt aan een opvolgende zorgverlener, stuurt het ziekenhuis naar deze zorgverlener een automatisch gegenereerd mutatiebericht. Dit is de start van het overdrachtsproces. Opvallend is dat dit document vrijwel niet in de dossiers van de bezochte zorgaanbieders werd aangetroffen. De inspectie trof voor maar 46 van de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten een mutatiebericht aan. Vermoedelijk waren er veel meer mutatieberichten verstuurd, maar zijn deze niet bij de overdrager of de ontvanger bewaard. De aankondiging van de overdracht wordt blijkbaar gezien als een administratieve handeling en niet als de start van de overdracht.

Zorgverleners realiseren zich onvoldoende dat het mutatiebericht betekent "vanaf nu heeft u als opvolgende zorgverlener de verantwoordelijkheid voor de zorg van deze patiënt overgedragen gekregen".

---

t Staat van de Gezondheidszorg 2011, Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht, Inspectie voor de Gezondheidszorg; oktober 2011.

2.3 Belang tijdigheid overdracht niet genoeg onderkend

Zowel de medische overdracht (inclusief de medicatieoverdracht) als ook de verpleegkundige overdracht zijn vaak niet tijdig. Ziekenhuizen sturen deze overdrachten vaak niet snel genoeg na het ontslag van een patiënt naar de opvolgende zorgverlener. Wat hierbij meespeelt is dat er in het veld een wisselende opvatting bestaat over tijdigheid. Dit varieert per beroepsgroep en heeft een reikwijdte van binnen één dag, 48 uur tot twee werkweken.

Overdrachten komen soms ook niet op tijd binnen omdat de verkeerde opvolgende zorgverlener wordt aangeschreven. Uit de interviews kwam naar voren dat een medisch specialist soms denkt dat een patiënt naar een verzorgingshuis ontslagen is in plaats van naar een verpleeghuis. Hij stuurt daardoor de overdracht naar de huisarts in plaats van naar de arts van het verpleeghuis, de specialist ouderengeneeskunde.

2.4 De drie verschillende onderdelen van overdracht vormen geen geheel

Een overdracht bestaat uit een medisch, medicatie- en verpleegkundig deel. Deze drie overdrachten worden afzonderlijk opgesteld en vaak afzonderlijk geadresseerd. Hierdoor is er geen garantie dat deze drie overdrachten samen volledig zijn en dat er geen conflicterende informatie is opgenomen in de overdrachten. Dit hoeft geen probleem te zijn als informatie automatisch uit dezelfde bron wordt betrokken, maar als verschillende bronnen gebruikt worden en/of informatie handmatig verwerkt wordt bestaat hier een fors risico. Dit komt het meest tot uitdrukking bij de medicatieoverdracht. Informatie over medicatie is soms verdeeld over verschillende overdrachten. Hierdoor is er het risico dat een patiënt geen of verkeerde medicatie krijgt.

2.5 Onvoldoende specifieke afspraken voor procedure van overdracht van kwetsbare ouderen

Veel ziekenhuizen hebben een algemene afspraak voor het ontslagproces, maar bij geen van de onderzochte ziekenhuizen bestaat een duidelijk omschreven ziekenhuisbrede ontslagprocedure voor kwetsbare ouderen. Ook zijn er nauwelijks regionale samenwerkingsafspraken tussen het ziekenhuis en de opvolgende zorgverleners over kwetsbare ouderen. Wel waren in een aantal gevallen ketenafspraken aangetroffen specifiek gericht op één categorie patiënten.

2.6 Patiënt onvoldoende centraal in proces van overdracht

Bij de overdracht wordt de patiënt onvoldoende centraal gesteld. De overdracht die een ziekenhuis opstelt, lijkt soms meer de afronding van het zorgproces in het ziekenhuis en minder het middel voor continuïteit van verantwoorde zorg voor de patiënt. De opnameduur in het ziekenhuis is in de loop der jaren echter zo verkort dat een goede medische nazorg door de huisarts veel vaker dan vroeger direct na overname uit het ziekenhuis gestart moet worden.

Het meegeven van de overdrachten aan de patiënt is onwenselijk. De patiënt wordt op deze wijze onderdeel van het overdrachtsproces met alle risico’s van dien. Zo kan een patiënt, zeker een kwetsbare oudere, het belang van een tijdige overdracht onderschatten.

Bovenstaande ziet de inspectie los van de zogenaamde patiëntenbrief die sommige ziekenhuizen meegeven aan patiënten. Hierin staat voor patiënten op begrijpelijke manier de behandeling en het verder te volgen behandelbeleid beschreven. Dit is een mooi voorbeeld waarbij de patiënt centraal staat, welke navolging verdient.

2.7 Onderdelen van overdracht vaak op informele wijze geregeld, maar door ontbreken structuur kwetsbaar

De deelvraag in dit onderzoek was: Wat vertellen de zorgverleners over hun ervaringen met overdrachten van kwetsbare ouderen van ziekenhuizen naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen?
De inspectie maakte gebruik van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek om de naleving van de normen voor overdracht te beoordelen. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat afspraken rond de overdracht op een informele wijze zijn geregeld en ook daarom vaak niet zijn gedocumenteerd. Zo versturen ziekenhuizen wel mutatieberichten over ontslagen patiënten naar de opvolgende arts, maar deze worden niet bewaard door de opvolgende zorgverlener. Ook blijkt dat de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde contact zoeken met het ziekenhuis als zij na ontslag onvoldoende informatie ontvangen. Dit mondelinge contact leggen zij echter niet altijd schriftelijk vast.

De inspectie is van mening dat een dergelijke werkwijze kwetsbaar is. Door het ontbreken van structuren over de overdracht tussen overdragende en opvolgende partijen en door beperkte vastlegging is de continuiteit van het overdrachtproces onvoldoende gewaarborgd.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor bezochte zorgaanbieders (ZH, VVT en HA-en)

- De bezochte zorgverleners in alle tien bezochte regio's dienen te komen tot een veilig en sluitend systeem voor overdracht.
- De zorgverleners in alle tien bezochte regio's dienen gezamenlijk binnen drie maanden na vaststelling van het inspectierapport een risicoanalyse van het overdrachtsproces gemaakt te hebben.
- Na vaststelling van de risicoanalyse dienen in alle tien bezochte regio's binnen zes maanden regionale afspraken gemaakt te zijn met een zodanige implementatie dat binnen twaalf maanden na vaststelling van de afspraken een sluitend en veilig overdrachtssysteem gerealiseerd is. De inspectie verwacht binnen twaalf maanden na vaststelling van het inspectierapport een resultaat-verslag. Het ziekenhuis heeft in eerste instantie de coördinatie en verantwoorde-lijkheid voor het samenbrengen van alle betrokkenen.
- Alle in het inspectierapport genoemde normoverschrijdingen dienen in alle tien bezochte regio's binnen zes maanden na vaststelling van het inspectierapport gecorrigeerd te zijn, voor zoverre ze niet afhankelijk zijn van regionale afstemming. De inspectie verwacht binnen zes maanden na vaststelling van het inspectierapport een resultaatverslag.

3.2 Maatregelen voor alle zorgaanbieders (ZH, VVT en HA-en)

- Draag de zorg voor een kwetsbare oudere over tussen ziekenhuis en opvolgende zorgverlener (In alle regio's zijn alle noodzakelijke elementen grotendeels aan-wezig, zij worden alleen niet altijd synchroon, tijdig en in samenhang uitgevoerd).
- Voor de overdragende zorgverlener/instelling:
  - Identificeer de relevante opvolgende zorgverlener(s).
  - Kondig de overdracht aan via een bericht aan deze opvolger(s), met een zodanige inhoud dat duidelijk is over welke patiënt het gaat en naar wie gereageerd kan worden als de verantwoordelijkheid niet overgenomen kan worden (bijvoorbeeld omdat de patiënt niet bekend is).
  - Stel een overdracht zodanig op dat de opvolgende zorgverleners de verantwoordelijkheid kunnen dragen en dat duidelijk is welke zorg zij moeten voortzetten. Voor de medische overdracht kan gekozen worden voor een voorlopige ontslagbrief of beter een voorlopige overdrachtsbrief als startpunt voor het ontwikkelen van een goede overdracht.
  - Verstuur de overdracht op de dag van ontslag naar de relevante opvolgende zorgverlener(s).
  - Archiveer de overdracht zoals verzonden is in het patiëntendossier.
- Voor de opvolgende zorgverlener/instelling:
  - Ontvang het aankondigingsbericht van overdracht.
  - Beoordeel of deze patiënt aan deze zorgaanbieder overgedragen moet worden. Zo niet, stel de verzender van het bericht hiervan per omgaande op de hoogte.
  - In geval van een instelling: wijs een zorgverlener aan aan wie overgedragen wordt.
  - Ontvang de overdracht en beoordeel zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur, welke acties noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen.
  - Archiveer de overdracht zoals ontvangen in het patiëntendossier.

- Voor beiden: bepaal zo snel mogelijk bij welke groepen patiënten, buiten de groep kwetsbare ouderen, het risico zo groot is dat een echte overdracht noodzakelijk is.
  - Regel alle bovenstaande punten zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 juni 2016.
- Organiseer de overdrachten van patiëntengegevens van kwetsbare patiënten zó dat uit vastgestelde schriftelijke afspraken en documenten, blijkt dat continuïteit van zorg gewaarborgd is.
  - Regel dit zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2016 voor het deel wat u zelf kunt doen en
  - Regel dit vóór 1 januari 2017, voor wat u samen met regiopartners moet doen.
- Dateer zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2016 alle medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachten met de datum van ondertekening (dagtekening) en verzending, zodat voor de opvolgende zorg-verlener duidelijk is hoe actueel de informatie is. Doe dit op zodanige wijze dat het overdrachtsproces geborgd kan worden.
- Zorg dat alle zorgverleners waaraan de zorg wordt overgedragen (waaronder medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, huisarts, apotheek, verpleging&verzorging én mantelzorger) zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen 24 uur na ontslag een overdracht van patiëntengegevens hebben zodat zij hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg kunnen nemen. Doe dit in een vorm die past bij hun verantwoordelijkheid. Regel dit zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2016.
- Vraag, als de patiëntengegevens niet binnen 24 uur overgedragen zijn of niet compleet of duidelijk zijn, als opvolgende zorgverlener vanuit uw verantwoorde-lijkheid voor de patiëntenzorg, direct en actief de ontbrekende gegevens op bij de voorgaande zorgverlener. Regel dit zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2016.

3.3 Aanbevelingen aan koepels, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties

- *Essentiële randvoorwaarde voor elke (nieuwe) norm met betrekking tot de overdracht*
  Zorg dat de medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachten passen bij de verantwoordelijkheden van de ontvanger, elkaar aanvullen, geen lacunes open laten en geen informatie bevatten die niet overeenkomt met de ander delen van de overdracht. Als dat alleen bereikt kan worden door één samenhangende norm op te stellen voor het overdracht proces, lees de onderstaande aanbevelingen dan als maak een norm, waarbinnen deze onderdelen een plaats hebben. In dat geval zal één van de betrokken organisaties het mandaat moeten krijgen om dit proces te coördineren.

- *Aanbeveling aan artsenorganisaties (KNMG, FMS, Verenso, LHV) en patiënten-organisaties (LOC Zeggenschap in zorg, NPCF, Consumentenbond)*
  Kom vóór 2016 tot een brede en breed gedragen richtlijn medische overdracht van kwetsbare ouderen. Stem die richtlijn af met de richtlijn medicatieover-dracht en de verpleegkundige overdracht, zodat de richtlijnen complementair zijn. Breng overeengekomen informatiestandaarden onder in de nieuwe richtlijn.

- *Aanbeveling aan organisatie voor verpleegkundigen/verzorgenden (V&VN) en patiëntenorganisaties (LOC Zeggenschap in zorg, NPCF, Consumentenbond)*
  Kom vóór 2016 tot een brede en breed gedragen richtlijn verpleegkundige overdracht van kwetsbare ouderen. Stem die richtlijn af met de richtlijn medische overdracht en medicatieoverdracht, zodat de richtlijnen complementair zijn. Breng overeengekomen informatiestandaarden onder in de nieuwe richtlijn.

- Aanbeveling aan patiëntenorganisaties
  Neem vóór 2016 het initiatief om aan de zorgaanbieders duidelijk te maken dat het wenselijk is dat een voor de patiënt begrijpelijk exemplaar van de overdracht (de patiëntenbrief) voor de patiënt beschikbaar is.

3.4 Aanbevelingen aan ministerie van VWS

- Neem als VWS, zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2016, een stimulerende rol op u om alle betrokken cliënten-, beroeps- en branche-organisaties de IGZ-maatregelen en aanbevelingen tot een verantwoorde overdracht van patiënten te laten uitvoeren.

3.5 Vervolgacties inspectie

- De inspectie volgt de verbetertrajecten bij de bezochte zorgaanbieders.
- De inspectie volgt de voortgang van de verbeteringen in de overdracht van van kwetsbare ouderen vanaf 2016 via het reguliere toezicht.
- De inspectie ziet toe op de medicatieoverdracht in haar toezicht op Rationale Farmacotherapie. De inspectie houdt daarbij rekening met de nieuwe afspraken die gemaakt zijn in de ‘Nadere toelichting bij de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten’.
- De inspectie vraagt door het organiseren van het IGZ-veiligheidcongres 2015 met als thema ‘overdracht’, breed aandacht voor het onderwerp ‘overdracht van patiënten’.

4 Resultaten

De onderzoeksvraag is 'In welke mate worden de veldnomen over de medische, medicatie- en verpleegkundige overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen vanuit ziekenhuis naar VVT en huisarts uit het 'IGZ-toetsingskader overdracht ZH –VVT' nageleefd en is daarmee de continuïteit van de zorg gewaarborgd?'
De veldnormen die de inspectie toetste, worden in dit hoofdstuk onderverdeeld in drie thema's:
- De procedure rond overdracht.
- De medische overdracht (inclusief medicatieoverdracht) van de medisch specialist naar de huisarts/specialist ouderengeneeskunde.
- De verpleegkundige overdracht van de afdelingsverpleegkundige naar de VVT.

Per thema worden de getoetse normen weergegeven met de daarbij behorende resultaten. Na ieder thema volgt zo nodig aanvullende informatie uit de semi-gestructureerde interviews.

4.1 Aantallen beoordeelde overdrachten

Tabel 1:
Aantal overdrachten per ziekenhuis(regio) en per specialisme[u]

Regio	Categorie ziekenhuis	Aantal dossiers	Chirurgie	Geriatrie	Interne	Neurologie
Academisch Medisch Centrum te Amsterdam	Academisch	25	9	-	7	9
ZorgSaam Ziekenhuis te Terneuzen	Algemeen	27	9	-	9	9
Tergooi Ziekenhuis te Blaricum	Algemeen	27	1	17	-	9
IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel	Algemeen	26	9	9	-	8
Sint Jans Gasthuis te Weert	Algemeen	27	9	-	9	9
Waterland Ziekenhuis te Purmerend	Algemeen	27	10	-	8	9
Deventer Ziekenhuis te Deventer	Topklinisch	26	9	9	-	8
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen	Topklinisch	27	9	-	9	9
Catharina Ziekenhuis te Eindhoven	Topklinisch	27	10	8	-	9
Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag	Topklinisch	26	9	-	9	8
Totaal		**265**	**84**	**43**	**51**	**87**

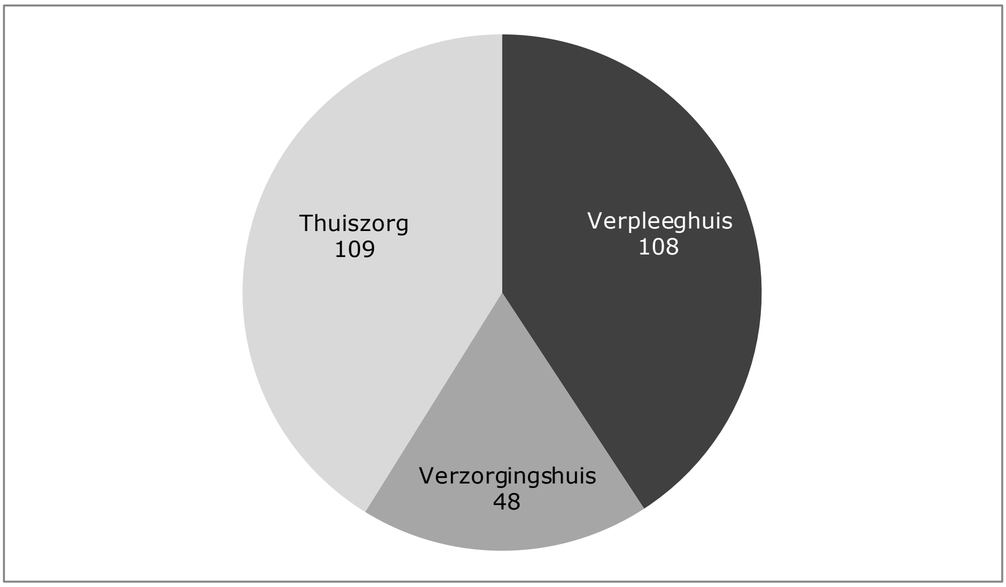
De inspectie volgde vanuit de betrokken tien ziekenhuizenregio's in totaal 265 medische, medicatie- en verpleegkundige overdachten (zie tabel 1). Doordat een aantal overdachten niet voldeed aan de vooraf opgestelde criteria, qua specialisme en qua opvolgende zorgverlener, ging het bij zes ziekenhuizen om 27 dossiers, bij

u De door het ziekenhuis Tergooi aangeleverde verdeling van dossiers over de specialismen bleek tijdens de bezoeken anders te zijn. De patiënten die aangemerkt waren als chirurgische patiënten, bleken op één na allemaal opgenomen te zijn geweest voor de afdeling geriatrie. Reden was dat op locatie Tergooi Blaricum geen chirurgische ingrepen meer plaatsvonden.

drie ziekenhuizen om 26 en bij één ziekenhuis om 25. Van deze 265 dossiers waren er 84 afkomstig van het specialisme chirurgie, 87 van neurologie en 94 van geriatrie en interne geneeskunde, met een onderverdeling van 43 voor de geriatrie en 51 voor de interne geneeskunde.

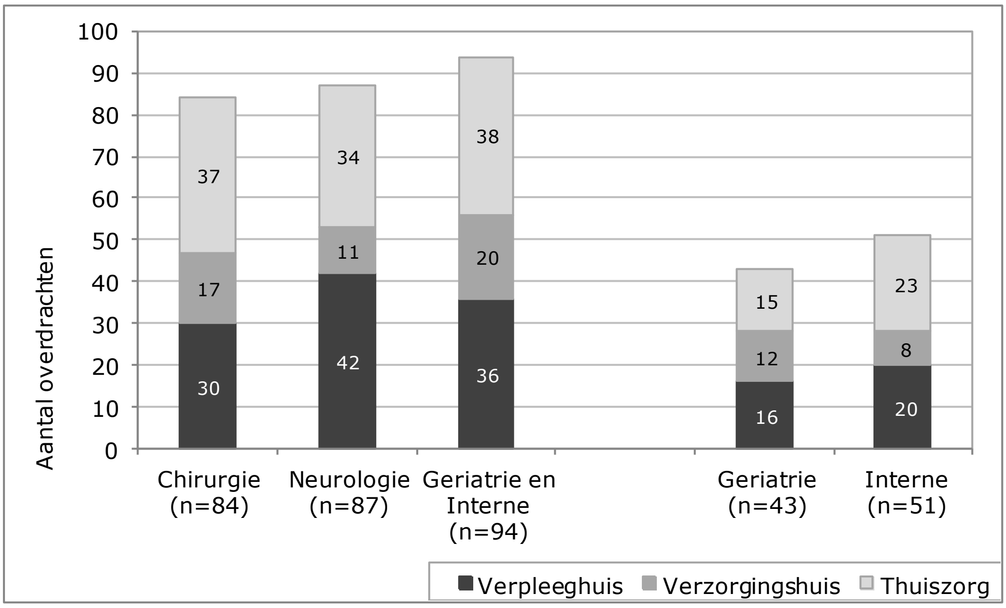
De 265 patiënten waren ontslagen naar 52 verpleeghuizen, 39 verzorgingshuizen, 52 thuiszorginstellingen en 127 huisartsen. De inspectie bracht deze opvolgende zorgverleners een bezoek.

De inspectie had voor haar onderzoek naar de overdracht van de 265 kwetsbare oudere patiënten bij het ziekenhuis en bij de opvolgende zorgverleners in het totaal inzage in 810 dossiers: 416 medische dossiers en 394 verpleegkundige dossiers.



Figuur 1: Aantal overdrachten per VVT-sector (N=265)

De inspectie volgde vanuit ieder ziekenhuis per specialisme, voor zover mogelijk, drie overdachten van patiënten die naar het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de thuiszorg waren ontslagen. Uit het onderzoek van de inspectie bleek dat de bestemming die door het ziekenhuis was aangegeven niet altijd klopte. Het was de ziekenhuizen niet altijd duidelijk naar welke opvolgende zorgverlener de patiënt ontslagen werd. Van de 265 dossiers hadden er 108 (41%) betrekking op de verpleeghuiszorg en 109 (41%) op de thuiszorg. De resterende 48 dossiers (18%) hadden betrekking op de verzorgingshuiszorg (zie figuur 1). In figuur 2 staat per specialisme naar welk soort zorgverlener de patiënt werd ontslagen.



Figuur 2: Per specialisme het aantal overdrachten naar VVT-sectoren

4.2 Procedure rond overdrachten niet geborgd

De inspectie toetste bij dit thema op drie normen:

- Ontslagprocedure in de ziekenhuizen voor kwetsbare ouderen **(norm A1).**
- Mutatieberichten verstuurd door ziekenhuizen **(norm A3).**
- Samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuizen en opvolgende zorgverleners **(norm A4)**.

Norm A1: Ontslagprocedure in de ziekenhuizen voor kwetsbare ouderen
Een duidelijk omschreven ontslagprocedure voor kwetsbare ouderen.

De inspectie trof in de ziekenhuizen geen vastgestelde documenten aan die aan deze norm voldeden.
De inspectie beoordeelde alleen documenten die waren vastgesteld, een datum bevatten en ondertekend waren door de betrokken instelling(en).

Informatie uit interviews in het ziekenhuis
Uit de interviews bleek dat er geen ziekenhuisbrede afspraken waren over de overdracht van gegevens specifiek gericht op de kwetsbare oudere.

Norm A3: Mutatieberichten verstuurd door ziekenhuizen
Op de dag van ontslag is een kort schriftelijk bericht aan de opvolgende zorgverlener gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is.

Voor 46 (17%) van de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie een mutatiebericht aan bij verpleeg- en verzorgingshuizen en huisartsen.

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners
Hoewel de ziekenhuizen niet altijd konden aantonen dat zij aan de norm voldeden, kwamen uit de gesprekken voldoende aanwijzingen naar voren dat ziekenhuizen mutatieberichten aan de opvolgende zorgverlener verstuurden. Het ging hier meestal om automatisch gegenereerde ontslagberichten die digitaal via gekoppelde informatiesystemen, per post of beveiligde mailverbinding ontvangen konden

worden. De ziekenhuizen, de VVT en de huisartsen bewaarden, volgens de geïnterviewden, deze berichten niet. Hierbij werd vaak als reden aangegeven dat zij vervuiling van de systemen wilden voorkomen.

Norm A4: Samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuizen en opvolgende zorgverleners
Het ziekenhuis heeft met de opvolgende zorgverlener afgesproken dat het ziekenhuis deze informeert over: gestelde diagnose vastgesteld behandelplan/zorgplan, actueel medicatieoverzicht, vastgestelde respons van behandelingen/begeleiding, ontslag (datum/tijd), bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis.

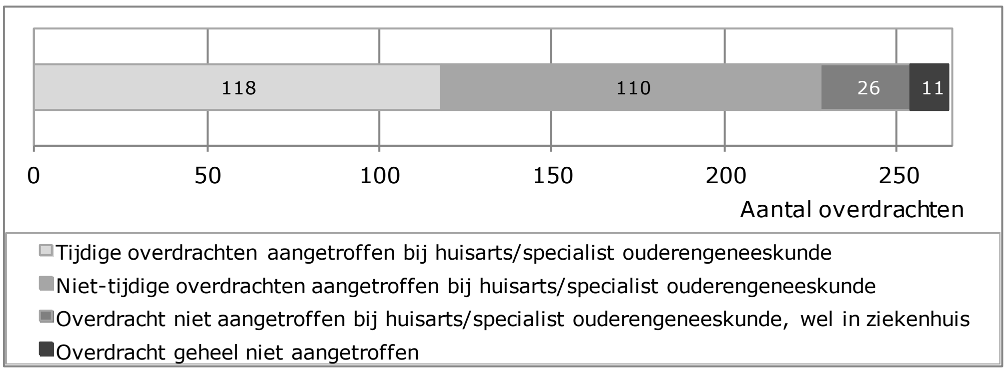
De inspectie trof in de regio's van de ziekenhuizen en de ziekenhuizen geen vastgestelde documenten aan waarin samenwerkingsafspraken waren vastgelegd.
Er was vrijwel geen gedocumenteerde aandacht voor het proces en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners, instellingen en de patiënt.
De inspectie beoordeelde alleen documenten die waren vastgesteld, een datum bevatten en ondertekend waren door de betrokken instelling(en).

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners
Uit de interviews bleek dat er geen tot weinig recente protocollen of richtlijnen waren voor de algemene overdracht van patiëntinformatie. Wel waren er in sommige gevallen ketenafspraken specifiek gericht op één categorie patiënten. Ook maakten instellingen, zowel voor de medische als de verpleegkundige overdracht, gebruik van een standaard format voor de overdrachten. Deze formats wisselden per regio.

4.3 Medische overdracht en medicatieoverdracht onvoldoende

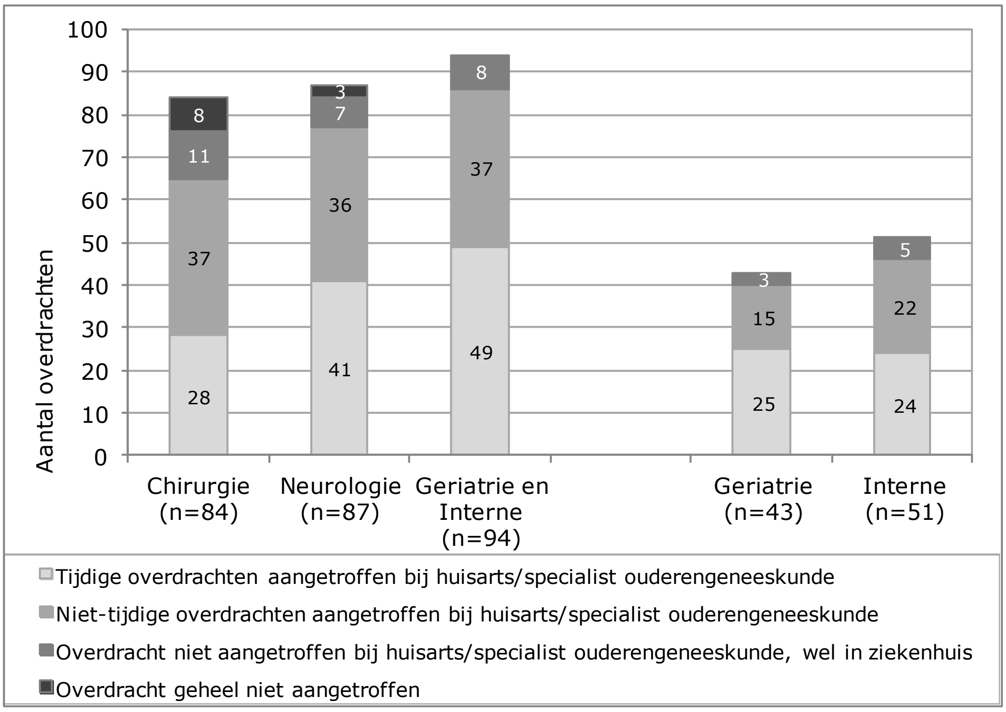
De inspectie toetste op vier normen bij dit thema:
- De aanwezigheid en tijdigheid van de medische overdracht bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B1).
- De inhoud van de medische overdracht bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B6).
- De aanwezigheid, tijdigheid en inhoud van de medicatieoverdracht (norm B7).
- Actief ontbrekende informatie opvragen door huisarts/specialist ouderengeneeskunde bij ontbreken van de medische overdracht (norm B12).

Norm B1: De aanwezigheid en tijdigheid van de medische overdracht bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde
Er is een schriftelijke overdracht van gegevens over de klinische behandelingen voor de opvolgende zorgverleners.



Figuur 3: Medische overdracht naar huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B1)

De inspectie trof van de 265 uit het ziekenhuis ontslagen patiënten in totaal 254 (96%) medische overdrachten aan (zie figuur 3). Daarvan werden er 228 (86%) aangetroffen bij de opvolgende zorgverlener in de VVT. 118 (45%) waren volgens de datum op het document tijdig, 110 (41%) waren dit niet. De medische overdracht werd voor 26 patiënten (10%) niet aangetroffen bij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde, maar was wel in het ziekenhuis, waar de patiënt eerder verbleef, aanwezig. De inspectie trof voor 11 patiënten (4%) geen overdracht aan.



Figuur 4: Medische overdracht naar huisarts/specialist ouderengeneeskunde onderverdeeld naar medisch specialisme (norm B1)

Tussen de specialismen is er een groot verschil voor wat betreft de tijdigheid van de medische overdracht en het niet aanwezig zijn van de overdracht (zie figuur 4). Het specialisme chirurgie droeg de medische overdracht bij 28 dossiers (33%) tijdig over, het specialisme neurologie bij 41 dossiers (47%) en de specialismen geriatrie en interne geneeskunde bij 49 dossiers (52%). Van het specialisme chirurgie werden geen overdrachten teruggevonden van 8 dossiers (10%). Van het specialisme neurologie werden geen overdrachten teruggevonden van 3 dossiers (3%). Bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde ontbraken geen overdrachten.

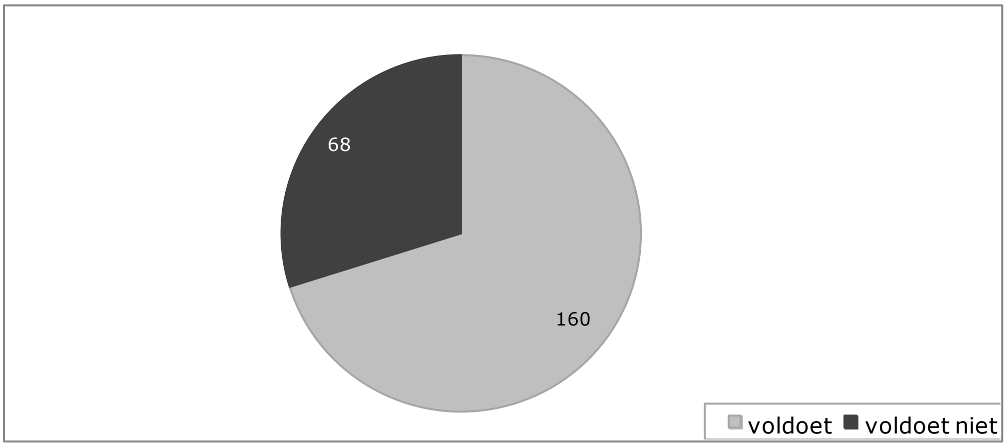
Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Artsen gaven tijdens de interviews regelmatig aan dat overdrachten niet tijdig waren. Hierbij speelde mee dat er een wisselende opvatting was over tijdigheid. Dit varieerde van een voorkeur voor ontvangst binnen één dag, 48 uur of twee werkweken. Veel patiënten kregen de ontslagbrief mee voor de opvolgende zorgverlener. Hierdoor kon het gebeuren dat bij een patiënt die met ontslag ging naar de thuissituatie de huisarts de brief laat ontving of dat de brief helemaal niet bij de opvolgende zorgverlener terecht kwam.
Ook gebeurde het dat een opvolgende zorgverlener een ontslagbrief niet ontving omdat een ziekenhuis de administratie niet op orde had. Verpleeghuizen werden in het systeem bijvoorbeeld aangemerkt als verzorgingshuizen, waardoor de medische

overdracht naar de huisarts in plaats van de specialist ouderengeneeskunde werd gestuurd. Ook was de huisarts van de patiënt soms onbekend of waren er wijzigingen in zijn gegevens niet aangepast.
Medisch specialisten gaven ook aan dat zij door drukte soms niet toekwamen aan de overdracht of dat het soms onduidelijk was welke arts verantwoordelijk was voor het opstellen van de overdracht.

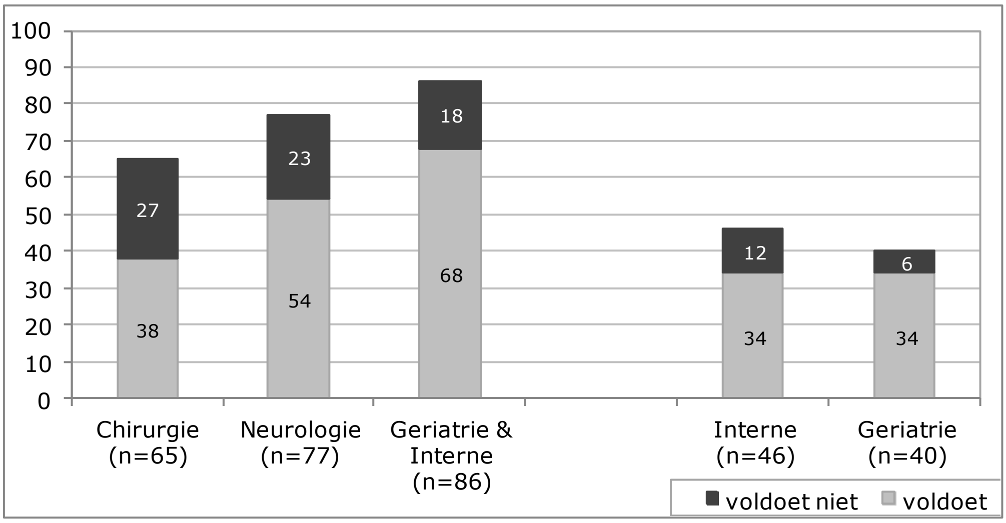
Good practice voor overdracht: In enkele interviews kwam naar voren dat de Spoed Eisende Hulp (SEH) uitblonk op het gebied van tijdige overdracht en verslaglegging. De SEH had doorgaans binnen een dag een brief klaar en gaf daarbij goed inzicht in de medicatie. De brief was uitgebreid en bevatte voldoende informatie over het beleid.

Norm B6: De inhoud van de medische overdracht bij huisarts/specialist Ouderengeneeskunde
Het [retour]bericht van de specialist [aan de opvolgende zorgverlener] bevat de volgende informatie: anamnese, lichamelijk onderzoek, bespreking, conclusie en diagnose, beleid.

De inspectie oordeelde dat in voldoende mate aan de norm B6 voldaan was als in de medische overdracht informatie stond over anamnese, bespreking, conclusie en diagnose en beleid.



Figuur 5: Compleetheid medische overdracht aangetroffen bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B6) (N=228)



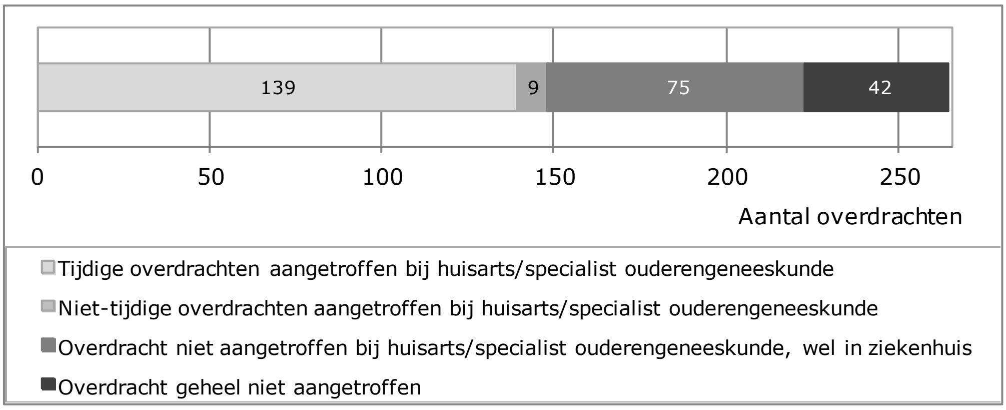
Figuur 6: Compleetheid medische overdracht aangetroffen bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde onderverdeeld naar medisch specialisme (norm B6)

Van de 228 medische overdrachten die de inspectie bij de huisarts/specialist ouderengeneeskunde aantrof, voldeden er 160 (70%) aan de norm voor compleetheid (zie figuur 5). In deze overdrachten waren de anamnese, het lichamelijk onderzoek, de bespreking, de conclusie en diagnose en het beleid opgenomen. Van de aangetroffen medische overdrachten waren er 68 (30%) niet compleet.

De compleetheid van de medische overdracht verschilde per specialisme (zie figuur 6). Bij het specialisme chirurgie voldeden 38 van de aangetroffen overdrachten (58%) aan de norm, bij het specialisme neurologie voldeden 54 overdrachten (70%) en bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde voldeden 68 overdrachten (79%) aan de norm.

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Het verschil in de compleetheid en de kwaliteit van de medische overdrachten tussen de specialismen kwam ook aan de orde tijdens de gesprekken. Verschillende malen waren er opmerkingen over de overdrachten van het specialisme chirurgie. Deze overdrachten waren wel actueel, maar vaak summier met te weinig aandacht voor de (kwetsbare) patiënt. Bij het specialisme geriatrie en interne geneeskunde waren de overdrachten uitgebreid en waren er positieve verhalen over de onderlinge communicatie/ samenwerking. Ook bij het specialisme neurologie werd de volledigheid en tijdigheid van de medische overdrachten goed genoemd.

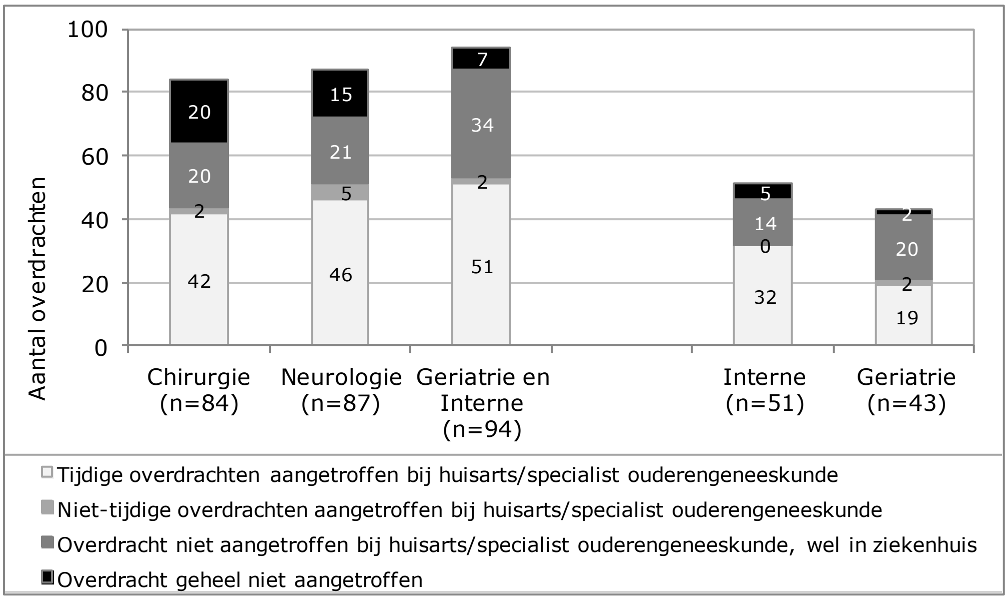
Norm B7: De aanwezigheid, tijdigheid en inhoud van de medicatieoverdracht
Bij overdracht [naar opvolgende zorgverlener] is er een actueel medicatieoverzicht conform de richtlijn overdracht van medicatiegegevens zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar.



Figuur 7: Medicatieoverdracht naar huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B7)

Voor de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie in het totaal 223 medicatieoverdrachten (84%) aan, van deze overdrachten trof de inspectie er 148 aan bij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde (zie figuur 7). Van deze 148 medicatieoverdrachten waren 139 (52%) tijdig en 9 (3%) niet. Voor de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie bij 75 dossiers (28%) geen medicatieoverdrachten aan bij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde, maar wel in het ziekenhuis. Voor 42 patiënten (16%) trof de inspectie de medicatie-overdracht ook niet aan in het ziekenhuis.

Veel huisartsen hadden een huisartseninformatiesysteem dat gekoppeld was aan het systeem van de openbare apotheek. Als de huisarts op de dag van ontslag over een medicatieoverzicht kon beschikken via deze koppeling, oordeelde de inspectie dat de medicatieoverdracht tijdig aanwezig was bij de opvolgende zorgverlener. Dit hield echter niet altijd in dat dit gebaseerd was op een actieve overdracht naar de huis-arts vanuit het ziekenhuis. De overdracht aan de huisarts was geslaagd ondanks het feit dat de huisarts niet actief een medicatieoverdracht had ontvangen.



Figuur 8: Medicatieoverdracht naar huisarts/specialist ouderengeneeskunde onderverdeeld naar medisch specialisme (norm B7)

Tussen de medisch specialismen was verschil voor wat betreft de tijdigheid van de medicatieoverdracht en het niet aanwezig zijn van die overdracht (zie figuur 8). Het medisch specialisme chirurgie droeg de medicatieoverdracht bij 42 dossiers (50%) tijdig over, het specialisme neurologie bij 46 dossiers (53%) en het specialisme geriatrie en interne geneeskunde bij 51 dossiers (54%) van de gevallen. Bij 20 dossiers (24%) van het specialisme chirurgie werd de medicatieoverdracht niet teruggevonden, bij 15 dossiers (17%) van het specialisme neurologie werd de medicatieoverdracht niet teruggevonden en bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde waren dit 7 dossiers (7%).

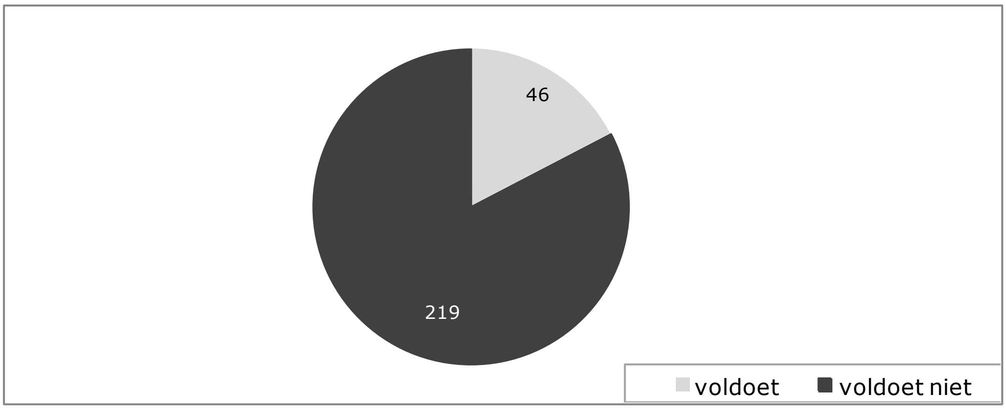
Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Uit de gesprekken van de inspectie bleek dat er veel variatie was in de procedure van de medicatieoverdracht. De medicatie maakte soms onderdeel uit van de ontslagbrief, maar stond vaak in een apart medicatieoverzicht dat met de brief meekwam. De overdracht was soms handgeschreven en soms digitaal gegenereerd. Medicatieoverzichten werden soms op papier afgedrukt vanuit een bepaald systeem en dan per post of via de patiënt ontvangen. Ook werden er medicatieoverdrachten gefaxt.

De apotheek speelde een belangrijke rol in het overdragen van medicatiegegevens. Medicatieoverzichten waren vaak door de ziekenhuisapotheek gegenereerd. Ziekenhuizen stuurden medicatieoverdrachten steeds vaker rechtstreeks naar de openbare apotheek van de patiënt in plaats van naar de huisartsen of de specialisten ouderengeneeskunde. In sommige gevallen kregen zowel de openbare apotheek als de huis(arts) deze overdracht. De openbare apotheek stelde de (huis)arts op de hoogte via bestaande digitale systemen, maar dat gebeurde niet altijd actief. De systemen die de basis vormden voor de medicatieoverdracht waren niet in elke regio al geïmplementeerd en op elkaar afgestemd.

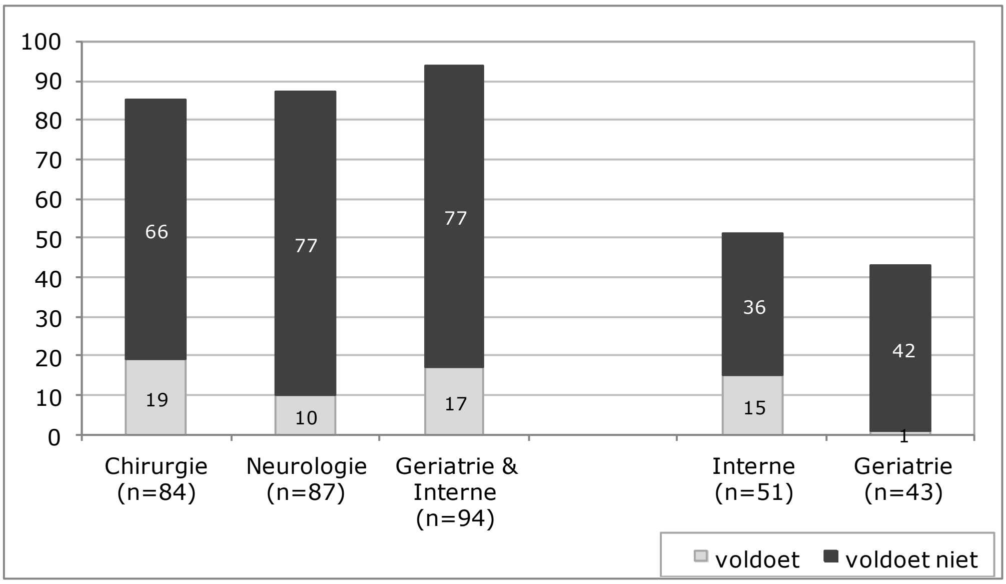
Verpleegkundigen en verzorgenden gaven aan meestal geen medicatieoverdracht te ontvangen. De patiënt had de medicatie in eigen beheer of de medicatieoverdracht kwam in een aparte envelop die gericht was aan de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. In de gevallen dat er wel een medicatieoverdracht was, was dat in de vorm van een medicatieoverzicht, losse recepten of de medicatie stond, soms handmatig, op de verpleegkundige overdracht vermeld. De verpleegkundigen en verzorgenden waren veelal afhankelijk van de medicatietoedienlijst die de apotheek leverde.

De inspectie toetste de medicatieoverdracht slechts op een beperkt aantal onderdelen van de ‘Richtlijn overdracht van medicatiegegevens’. De medicatiehistorie van drie maanden was één van die onderdelen[v]. Ook al was een groot aantal medicatieoverzichten tijdig aanwezig, als aan één van de getoetste onderdelen niet werd voldaan, scoorde de hele norm negatief.

v Na afronding van dit inspectieonderzoek zijn veldpartijen de ‘Nadere toelichting Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten’ overeengekomen.



Figuur 9: Compleetheid medicatieoverdracht aangetroffen bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde (norm B7) (N=265)



Figuur 10: Compleetheid medicatieoverdracht aangetroffen bij huisarts/specialist ouderengeneeskunde onderverdeeld naar medisch specialisme (norm B7)

Van de 265 ontslagen patiënten uit dit onderzoek trof deinspecie er 148 aan bij de huisarts/specialist ouderengeneeskunde (waarvan 139 tijdig). Van deze 148 medicatieoverdrachten voldeden er 46 aan de eisen gesteld aan de inhoud. Bij de meeste overdrachten ontbraken onderdelen zoals 'contra-indicaties', 'genees-middelenallergieën' en 'medicatiehistorie van ten minste drie maanden'[w].

De compleetheid van de medicatieoverdracht verschilde per specialisme (zie figuur 10). Bij het specialisme chirurgie voldeden 19 overdrachten (23%) aan de norm, bij het specialisme neurologie voldeden 10 overdrachten (11%) en bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde voldeden 17 overdrachten (18%).

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Omdat de ontslagmedicatie op verschillende wijzen en regelmatig in meerdere documenten werd overgedragen, kwam het voor dat er discrepanties waren. Ook

w De termijn van drie maanden voor de medicatiehistorie blijkt in de praktijk nog niet haalbaar. De inspectie is in gesprek met de veldpartijen over dit punt.

bleek een aantal keer dat medicatie op de dag van ontslag nog gewijzigd werd door de medisch specialist en dat daardoor niet alle lijsten altijd actueel waren. Een aantal huisartsen gaf aan dat zij in de medische en/of in de medicatieoverdrachten niet terugzagen wat de beweegredenen waren om een bepaald medicijn voor te schrijven of aan te passen.

Ook verpleegkundigen en verzorgenden ervoeren de medicatieoverdrachten regelmatig als onduidelijk, voornamelijk omdat er discrepanties zaten tussen bijvoorbeeld de oorspronkelijke thuismedicatie en overdrachtsmedicatie of tussen de medicatielijst die de patiënt meekreeg van het ziekenhuis en de lijst die richting de verpleegkundigen/huisarts/specialist ouderengeneeskunde ging.

Norm B12: Actief ontbrekende informatie opvragen door huisarts/specialist
De opvolgende zorgverlener heeft actief informatie opgevraagd [bij de voorgaande zorgverlener] die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen.

Omdat continuiteit van verantwoorde zorg voor kwetsbare ouderen inspanning vraagt van zender en ontvanger, onderzocht de inspectie hoe vaak huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde actie ondernamen als zij geen overdracht ontvingen. De inspectie keek hier alleen naar volledig ontbrekende overdrachten. Zij beoordeelde in dit onderzoek niet hoe vaak artsen actie ondernamen als de overdracht niet binnen 24 uur aanwezig was.

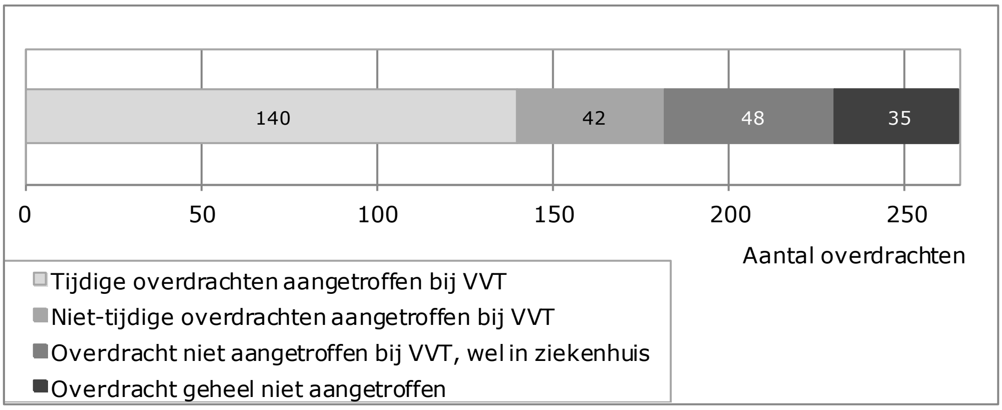
Van de 265 medische overdrachten trof de inspectie er 37 niet bij de opvolgende zorgverlener aan. In geen van die gevallen vond de inspectie in de medische dossiers aanwijzingen dat de artsen actie ondernomen hadden om de totaal ontbrekende overdrachten alsnog te ontvangen. In één geval stelde de inspectie vast dat de arts geen actie had ondernomen ondanks het feit dat hij wel een mutatiebericht had ontvangen .

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Uit de gesprekken met de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde bleek dat zij wel degelijk contact zochten met het ziekenhuis als zij na ontslag onvoldoende informatie ontvingen. Dit mondelinge contact legden zij echter niet altijd schriftelijk vast.

4.4 Verpleegkundige overdracht niet op orde

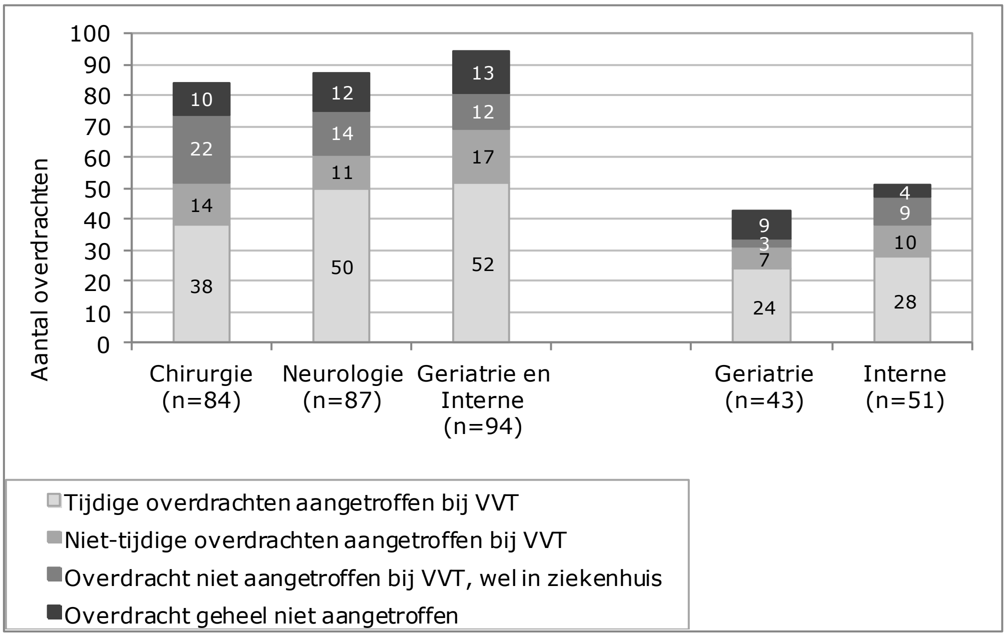
De inspectie toetste op twee normen bij dit thema:
- De aanwezigheid en tijdigheid verpleegkundige van de overdracht bij VVT (norm C1).
- De inhoud van de verpleegkundige overdracht bij VVT (norm C5).

Norm C1: De aanwezigheid en tijdigheid van de verpleegkundige overdracht bij VVT
Er is een schriftelijke overdracht van de verpleegkundige of verzorgende bij overplaatsing naar een andere zorgsetting, thuiszorg of andere disciplines bij ontslag naar huis.



Figuur 11: Verpleegkundige overdracht aangetroffen bij VVT (norm C1)

Voor de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie 230 verpleegkundige overdrachten[x] aan, daarvan trof de inspectie er 182 (69%) aan bij de opvolgende zorgverleners (zie figuur 9). 140 (53%) van de 182 verpleegkundige overdrachten ontvingen de opvolgende zorgverleners, geoordeeld naar de datum op de overdracht, tijdig, 42 overdrachten (16%) waren te laat. 48 overdrachten (18%) waren wel aanwezig bij het ziekenhuis, maar niet bij de VVT. 35 overdrachten (13%) waren niet aanwezig.



Figuur 12: Verpleegkundige overdracht aangetroffen bij VVT onderverdeeld naar medisch specialisme (norm C1)

Tussen de specialismen was er een klein verschil voor wat betreft de tijdigheid van de verpleegkundige overdracht en het niet aanwezig zijn van de overdracht (zie figuur 10). Het specialisme chirurgie droeg de verpleegkundige overdracht in 38 gevallen (45%) tijdig over, het specialisme neurologie in 50 gevallen (57%) en de specialismen geriatrie en interne geneeskunde in 52 gevallen (55%). In 10 gevallen (11%) werd een verpleegkundige overdracht van het specialisme chirurgie niet

x Aantal door verificatie in ZH vastgesteld.

teruggevonden, bij het specialisme neurologie waren dit 12 gevallen (14%) en bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde waren dit 13 gevallen (14%).

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
Uit de gesprekken bleek dat verzorgenden en verpleegkundigen tevreden waren over de tijdigheid van de verpleegkundige overdracht. Deze waren bijna altijd vóór ontslag of op de dag van overname beschikbaar. Enkele regio's droegen over via POINT[y], dit bevorderde de tijdigheid van de overdracht. Wel was de ervaring met POINT dat regelmatig overdrachten al enkele dagen voor het ontslag werden verstuurd. Dit werd als prettig ervaren, omdat de opname dan zorgvuldig voorbereid kon worden, maar hield onvoldoende rekening met het feit dat op de dag van ontslag soms nog een aanvullende informatie aan overdracht moest worden toegevoegd. Hierdoor waarborgden ziekenhuizen niet altijd dat de overdrachten actueel/up to date waren.

Naast de reguliere overdracht op papier, vond er regelmatig telefonisch overleg plaats. Verzorgenden en verpleegkundigen hechtten veel waarde aan dit telefonisch contact. Soms betekende dit dat men niet de noodzaak inzag van een overdracht op papier. Een ander veelgenoemd argument voor de afwezigheid van een verpleegkundige overdracht was dat de overdracht in bijna alle gevallen aan de patiënt meegegeven werd. Dit bleek in de praktijk kwetsbaar.

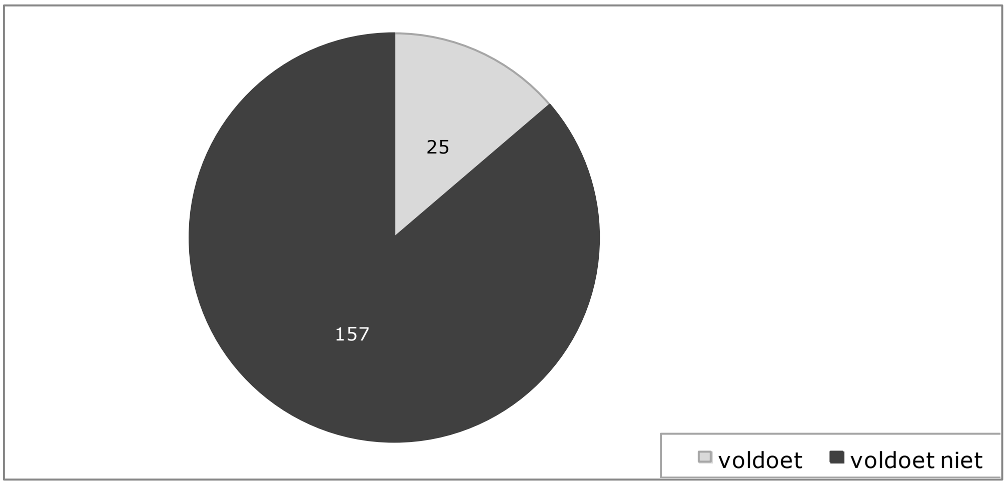
De verpleegkundigen in het ziekenhuis gaven aan dat de werkdruk er voor zorgde dat er soms geen overdracht was. Daarnaast was het in een aantal gevallen onduidelijk wie hoofdverantwoordelijk was voor het opstellen van de verpleegkundige overdracht.

Norm C5: Inhoud verpleegkundige overdracht bij VVT
De verpleegkundige of verzorgende schriftelijke overdracht bevat de volgende elementen:
a de verleende zorg
b aan wie de zorg wordt overgedragen
c door wie de zorg wordt overgedragen
d per wanneer de zorg wordt overgedragen
e de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
f de beoogde resultaten/doelen
g de redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
h de redenen voor de voortzetting van de zorg
i met de cliënt gemaakte afspraken
j bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen.

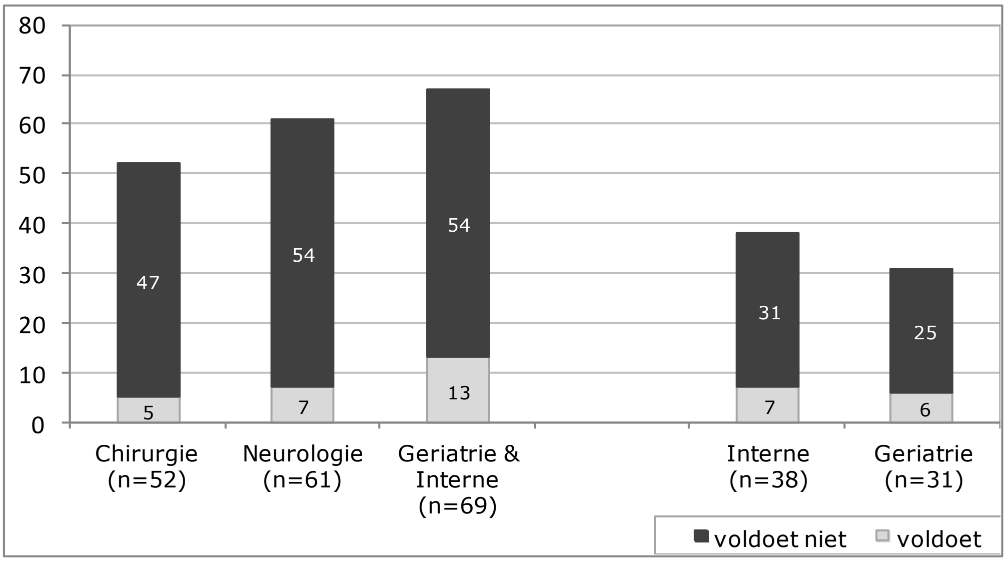
De inspectie oordeelde dat in voldoende mate aan de norm voldaan was als informatie aanwezig was over de verleende zorg (a), door wie de zorg werd overgedragen (c), actuele ondersteuningsvragen/-zorgproblemen/bespreking (e) en bij wie de patiënt terecht kon met vragen na ontslag (j).

---

y POINT ondersteunt het werkproces waarin patiënten vanuit ziekenhuizen worden overgedragen naar de zorgaanbieders (AWBZ en Wmo), en andersom. POINT is een webapplicatie en werkt over de grenzen van afzonderlijke instellingen heen.



Figuur 13: Compleetheid verpleegkundige overdracht aangetroffen bij VVT (norm C5) (N=182)



Figuur 14: Compleetheid verpleegkundige overdracht aangetroffen bij VVT onderverdeeld naar specialisme (norm C5)

Deze door de inspectie gebruikte norm bleek bij het toezicht moeilijk hanteerbaar, omdat de in de norm gebruikte termen door de beroepsorganisatie niet nader gedefinieerd zijn. De inspectie koos er wel voor om deze norm te toetsen, om zo aan de bezochte ziekenhuizen een signaal af te geven dat in het belang van de patiëntveiligheid verbetering van de inhoud van de verpleegkundige overdracht wenselijk is. Zij koos ervoor om niet te handhaven op basis van de norm.

Voor de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie 230 verpleegkundige overdrachten[z] aan, waarvan 182 beschikbaar waren bij de opvolgende zorgverleners (zie figuur 13). Voor de 265 uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten trof de inspectie 230 verpleegkundige overdrachten[aa] aan, daarvan trof de inspectie er 182 (69%) aan bij de opvolgende zorgverleners (zie figuur 9). 157 van de 182

z Aantal door verificatie in ZH vastgesteld.
aa Aantal door verificatie in ZH vastgesteld.

verpleegkundige overdrachten (86%) voldeden niet aan de norm, vooral omdat het onderdeel 'bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen' niet of niet helder omschreven was.

De verschillen tussen de specialismen voor de compleetheid van de verpleegkundige overdracht waren klein (zie figuur 14). Bij het specialisme chirurgie voldeden vijf overdrachten (10%) aan de norm, bij het specialisme neurologie voldeden zeven overdrachten (11%) en bij de specialismen geriatrie en interne geneeskunde voldeden dertien overdrachten (19%).

Informatie uit interviews met betrokken zorgverleners:
De geïnterviewden gaven aan dat de verpleegkundige overdrachten in de afgelopen jaren verbeterd waren. De lay-out van de verpleegkundige overdrachten werd als uniform beschouwd, maar inhoudelijk waren de overdrachten niet uniform. De beschouwende specialismen, interne geneeskunde en neurologie, rapporteerden veel gedetailleerder dan de afdeling chirurgie. De overdrachten van de afdeling geriatrie misten vaak essentiële informatie over bijvoorbeeld de psyche en het welzijn van de patiënt. Informatie die bij deze categorie patiënten als onmisbaar werd ervaren.

4.5 Overdrachten naar verpleeghuis het meest tijdig

Van de 265 patiënten die ontslagen werden door de vakgroepen chirurgie, neurologie en geriatrie, interne geneeskunde werden er 108 ontslagen naar een verpleeghuis, 48 naar een verzorgingshuis en 109 naar huis met thuiszorg (zie tabel 2).

Bij de opvolgende zorgaanbieders zijn 118 medische overdrachten, 139 medicatieoverdrachten en 140 verpleegkundige overdrachten als tijdig beoordeeld.

	Verpleeghuis (n=108)	**Verzorgingshuis (n=48)**	**Thuiszorg (n=109)**	**Totaal VVT (n=265)**
Medische overdracht (aan huisarts of specialist ouderengeneeskunde)	66	16	36	118
Medicatieoverdracht (aan huisarts of specialist ouderengeneeskunde)	84	11	44	139
Verpleegkundige overdracht	66	26	48	140

Tabel 2: Tijdige overdrachten bij de opvolgende zorgverleners vanuit drie specialismen

Van de 108 naar een verpleeghuis ontslagen patiënten beoordeelde de inspectie 66 medische overdrachten, 84 medicatieoverdrachten en 66 verpleegkundige overdrachten als tijdig. Van de 48 naar een verzorgingshuis ontslagen patiënten beoordeelde de inspectie 16 medische overdrachten, 11 medicatieoverdrachten en 26 verpleegkundige overdrachten als tijdig. Van de 109 naar de thuiszorg ontslagen patiënten waren 36 medische overdrachten, 44 medicatieoverdrachten en 48 verpleegkundige overdrachten tijdig.

5 Beschouwing

Overdragen moest altijd al, maar de veranderingen in de zorg geven het nu topprioriteit
De zorg die een patiënt nodig heeft na een ziekenhuisopname zal vrijwel altijd samenhangen met de zorg tijdens de opname. Het zijn voor de overdragende en opvolgende groepen zorgverleners gescheiden taken, maar er is één verantwoordelijkheid: continuïteit van zorg voor de patiënt thuis en in het ziekenhuis. Dit is een risicomoment omdat die twee groepen zorgverleners die elkaar vaak niet goed kennen, taken, informatie en verantwoordelijkheden over moeten dragen passend bij de mogelijkheden van de opvolgende partij. Ook de terminologie past beter bij losse periodes dan bij continuïteit: verwijzing, ontslag, ontslagbrief en voorlopige ontslagbrief zijn dominante termen, waarbij overdragen en overdrachtsbericht beter zouden passen.
Op dit moment wordt het risico van meerdere kanten vergroot. De opnameduur wordt al decennia korter en in het afgelopen jaar is de verpleging- verzorgings- en thuiszorgsector sterk veranderd en verandert nog steeds richting meer zorg thuis. Ziekenhuizen ontwikkelen steeds vaker van een profiel dat alle typen van medisch specialistische zorg biedt naar een meer specifiek profiel. Dat heeft tot gevolg dat patiënten soms voor ziekenhuiszorg naar buiten hun regio moeten reizen en dat patiënten vaker overgedragen worden tussen zorgverleners die elkaar helemaal niet goed kennen.

Voor een risicogestuurde inspectie betekent dat het onderwerp overdracht dat altijd al aandacht behoefde, in 2015 bijzonder belangrijk is geworden. De vraag voor de inspectie is ‘op welke wijze het toezicht kan bevorderen dat patiënten ook in de veranderende omstandigheden veilig van ziekenhuis naar huis[bb] gaan?’.

Normen voor de overdracht zijn essentieel
Een goede overdracht vraagt dus van twee partijen, een overdragende en een duidelijke opvolgende partij, duidelijke verantwoordelijkheden en taken en duidelijke informatie. Duidelijk komt hier drie keer in voor omdat alles wat niet duidelijk is maar wel belangrijk is, bekend moet worden bij de opvolgende partij voordat de zorg kan worden overgenomen. Dat verklaart het belang van normen voor een goede overdracht. Normen geven duidelijkheid. Het probleem hierbij is dat voor de medische overdracht geen normen bestaan en de verpleegkundige normen voor de overdracht in dit onderzoek niet handhaafbaar bleken en de norm voor medicatie-overdracht hard aan herziening toe bleek. Geen van de normen is met normen voor de andere twee overdrachten afgestemd. Bovendien zijn alle normen geschreven in een tijd voordat de situatie in de zorg drastisch veranderde. De inspectie doet daarom nu ook een oproep om te komen tot normen voor een goede overdracht in de nieuwe situatie, inclusief taken en verantwoordelijkheden en dat niet beperkt tot informatie alleen. Daarbij moet de meerwaarde voor de patiënt op de voorgrond staan.

Beide kanten moeten beter, maar het ziekenhuis kan juist nu de zorg thuis helpen met een goede overdracht
De overdracht is een proces waarin meerdere partijen, verdeeld in twee groepen, een complex proces uit moeten voeren, terwijl alle partijen zwaar belast zijn en elkaar zelden persoonlijk ontmoeten. Partijen zijn weinig een gezicht voor elkaar, wat ook mag blijken uit het feit dat bij de toets van de verpleegkundige overdracht

bb Huis: de woonsituatie waarin de patiënt gewoonlijk verblijft. Verpleeg-, verzorgingshuis of de eigen woning.

bijvoorbeeld het item dat het vaakst ontbreekt is aan wie wordt overgedragen en patiënten zelf de overdracht meekrijgen in plaats van de overdracht op te sturen aan de zorgverlener die de zorg overneemt. Overdragen aan 'de huisarts' in plaats van een persoon. Het probleem van een dergelijke situatie is dat het probleem pas helemaal opgelost wordt als de ander zijn deel aanpakt en er dus altijd redenen zijn om te wachten op die ander. Het inspectieonderzoek was beperkt tot de overdracht van ziekenhuizen naar huis. Het laat zien dat beide partijen moeten verbeteren, maar het gevaar dat alleen de ziekenhuizen worden aangesproken is groot. Waarom wil de inspectie het risico lopen dat maar één van de partijen zich aangesproken voelt? Het antwoord daarop ligt in het begin van deze beschouwing. De langdurige zorg is in een periode van snelle omvorming, die veel aandacht vraagt. De ondersteuning die een ziekenhuis aan patiënt en zorgverlener thuis nu kan bieden is hen bij thuiskomst direct een goede start te geven. Geen volledige ontslagbrief opsturen na een of twee weken, maar direct bij thuiskomst – tijdig – die informatie overdragen die nodig is om de zorg voort te zetten.

Ziekenhuizen pakken het ook op
Het is dan ook verheugend om bij vervolgbezoeken te zien dat steeds meer ziekenhuizen er toe overgaan om de overdracht gelijk bij vertrek van de patiënt uit het ziekenhuis te versturen. Een initiatief als de Transmurale zorgbrug van het AMC waarbij de wijkverpleegkundige naar het ziekenhuis komt voor de overdracht is vermeldenswaardig. Het feit dat de sterfte in de eerste drie maanden na opname met 40% daalt na een goede overdracht is dat nog meer[cc].

---

cc Oratie Sophia de Rooij.

6 Summary

Recent years have seen a significant reduction in average hospital admission periods. Patients spend less time in the hospital itself, their recovery being completed in the home situation. To ensure full continuity of care, it is therefore important that all patient information is available to the relevant care providers in good time. Reports received by the Health Care Inspectorate, together with the findings of a study conducted in 2011, suggest that this is not always the case. Errors and omissions pose a risk to patient safety.

The Inspectorate has therefore investigated compliance with the norms and guidelines for the transfer of medical information, including that relating to prescribed medication and nursing requirements, between hospitals, residential care facilities, domiciliary care organizations and general practitioners, with special reference to vulnerable elderly patients. In 2013, following consultation with the field, the Inspectorate produced a formal assessment framework.

In December 2013, the Inspectorate requested hospitals to provide information about all vulnerable elderly patients who had been discharged into the care of residential or domiciliary care services during the period mid-October to mid-December 2013, and to do so no later than 1 February 2014. The requested information related to the case notes produced by departments of general surgery, neurology and geriatric/internal medicine.

Between March 2014 and January 2015, the Inspectorate visited ten hospital regions and scrutinized patient records in the possession of residential care facilities, domiciliary care organizations and general practitioners to assess the quality of the transfer arrangements. The information contained in the records was compared to that held by the hospitals concerned for the purposes of verification.

The conclusions of this investigation are that none of the regions concerned had made adequate arrangements for the transfer of information, whereby continuity of care is not safeguarded. Care providers do not appear to be fully aware of their responsibilities in this area. Patient information is not always forwarded to the next ‘link in the chain’ in a timely manner, and the information is not necessarily complete.

The Inspectorate has instructed care providers showing shortcomings in this area to take measures which will ensure a safe, complete and comprehensive system of information transfer.

The Inspectorate has further recommended that all care providers should structure the transfer of information relating to vulnerable elderly patients in such a way as to safeguard the continuity of care. It has asked the relevant professional federations and patient organizations to devise a standard set of guidelines which will enjoy broad support throughout the field.

The Inspectorate will closely monitor the improvement action taken by the hospitals at which shortcomings have been noted. From 2016, arrangements for the transfer of vulnerable elderly patients will form part of the regular inspection and supervision programme.

Literatuurlijst

- Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT, Nivel, EMGO+, Kiwa-Prismant, Vilans (in opdracht van IGZ), Utrecht: Nivel. oktober 2012.
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens, Utrecht: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&V Verenso, ZN. april 2008. p. 8.
- Handreiking voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens. Utrecht:ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, Verenso, ZN. april 2008. p.4.
- NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). Utrecht: NHG. 2008. p 40.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling. Utrecht: KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF . januari 2010. p 36.
- Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG Standpunt. Utrecht: KNMG. maart 2010. p 94.
- Kwaliteit in Zicht. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF e.a. 2011. p. 5.
- Richtlijn. Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. V&VN en NU91. Utrecht: V&VN. september 2011. p 46.
- User Requirements Specifications Medicatieoverzicht 2.0. Utrecht: KNMP. 2013.
- Staat van de Gezondheidszorg 2011, Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. oktober 2011.
- Nadere toelichting Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (31 maart 2015). Onderschreven door: ActiZ, GGZ Nederland, KNMP, LHV, NFU, NHG, NPCF, NVZ, NVPF, NVZA, Federatie Medisch Specialisten, V&VN, ZN, FNT, KNMT, VGN, Verenso, NVAVG, LHV apotheekhoudende afdeling, ASKA, InEen en Napco.

Bijlage 1 Toetsingskader Overdracht ZH - VVT

Toetsingskader december 2013. normen zoals gehanteerd bij toezicht
Gearceerde onderdelen: toetsingskader juli 2013. Na de pilot heeft de inspectie besloten deze normen niet te toetsen.

A. Procedure rond overdracht
A1. Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor kwetsbare patiënten, inclusief het nazorgtraject op de polikliniek. *(Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010. pag. 38-39*).
A2. Het ontslag is pas in gang gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgend zorgverlener is afgestemd *(Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010. pag. 38-39).*
A3. Op de dag van ontslag is een kort schriftelijk bericht aan de opvolgende zorgverlener gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is. *(Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010. pag. 50).*
A4. Het ziekenhuis heeft met de opvolgende zorgverlener afgesproken dat het ziekenhuis deze informeert over: **a De gestelde diagnose** **b Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan** **c Actueel medicatieoverzicht** **d De vastgestelde respons van behandelingen/ b*egeleiding*** **e Ontslag** **f Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis** *(Bron: NPCF e.a. Kwaliteit in Zicht. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief, 2011. pag. 3)*

B. Medische overdracht (w.o. medicatieoverdracht)
B1. Er is een schriftelijke overdracht van gegevens over de klinische behandelingen en de opvang na ziekenhuiszorg voor de opvolgende zorgverleners. *(Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010. pag. 33).*
B2. De zorgverlener heeft de opvolgende zorgverlener schriftelijke geïnformeerd over relevante gegevens betreffende zijn of haar handelen. *(Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. pag. 14).*
B3. Bij ontslag zijn veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan voor de opvolgende zorgverlener duidelijk schriftelijk aangegeven. *(Bron: KNMG Standpunt ouderenzorg, maart 2010. pag. 50).*
B4. De [schriftelijke] overdracht houdt rekening met algemene en specifieke [i.c. kwetsbare ouderen] bij overdrachtssituaties veel voorkomende risico's. *(Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheids-verdeling, januari 2010. aandachtspunt 9).*

B5. Er is voor kwetsbare ouderen met valrisico een schriftelijke medische overdracht naar de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. *(Bron: VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen, september 2009. vallen pag. 42).*
B6. Het [retour]bericht van de specialist [aan de opvolgende zorgverlener] bevat de volgende informatie: **a Anamnese** **b Lichamelijk onderzoek** **c Bespreking** **d Conclusie, diagnose** **e Beleid** *(Bron: NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen, 2008. pag. 20-22)*
B7. Bij overdracht [naar opvolgende zorgverlener] is er een actueel medicatieoverzicht conform de richtlijn overdracht van medicatie-gegevens zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar. (Bron: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens, 2008 en Handreiking voor zes *overdrachtssituaties. bijlage bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens*)
B8. Er is een expliciete [schriftelijke] overdracht van taken en verantwoordelijkheden [aan de opvolgende zorgverlener]. (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. aandachtspunt 9).
B9. De overdracht is zodanig dat voor de cliënt duidelijk is wie aanspreekpunt is voor vragen. (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. aandachtspunt 1).
B10. De overdracht is zodanig dat voor de cliënt duidelijk is wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor de behandeling. (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. aandachtspunt 1).
B11. De overdracht is zodanig dat voor de cliënt duidelijk is wie de coördinatie en regie voert van de behandeling. (Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. aandachtspunt 1).
B12. De opvolgende zorgverlener heeft actief informatie opgevraagd [bij de voorgaande zorgverlener] die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen. (*Bron: KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling, januari 2010. pag. 14*).

C. Verpleegkundige overdracht
C1. Er is een schriftelijke overdracht van de verpleegkundige of verzorgende bij overplaatsing naar een andere zorgsetting, thuiszorg of andere disciplines bij ontslag naar huis. *(Bron: VB&VN Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, september 2011. Pag. 18)*
C2. De verpleegkundige of verzorgende schriftelijke overdracht waarborgt de continuïteit en kwaliteit van zorg doordat dié informatie is doorgegeven die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten. *(Bron: V&VN Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, september 2011. Pag. 18)*

C3. Bij de overdracht van taken van de verpleegkundige/verzorgende aan andere zorgverleners is de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager [i.c.: kwetsbare oudere] gewaarborgd. *(Bron: Nationale Beroepscode V&V, januari 2007. artikel 3.4)*
C4. Er is voor kwetsbare ouderen met valrisico een schriftelijke verpleegkundige overdracht naar de vervolginstelling. *(Bron: VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen, september 2009. vallen pag. 42)*
C5. De verpleegkundige of verzorgende schriftelijke overdracht bevat de volgende elementen: **a de verleende zorg** **b aan wie de zorg wordt overgedragen** **c door wie de zorg wordt overgedragen** **d per wanneer de zorg wordt overgedragen** **e de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses** **f de beoogde resultaten/doelen** **g de redenen van overplaatsing of ontslag naar huis** **h de redenen voor de voortzetting van de zorg** **i met de cliënt gemaakte afspraken** **j bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen.** *(Bron: V&VN Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, september 2011. Pag. 18)*

Bijlage 2 Toelichting scores in toezichtinstrument

A1: Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure voor kwetsbare ouderen.

Er wordt aan de norm voldaan als vraag 1 'aanwezig' gescoord wordt.

1 Er zijn één of meer documenten waarin de medische en verpleegkundige ontslagprocedure en het nazorgtraject beschreven staan.

NB: De inspectie heeft alleen documenten in haar oordeel meegewogen die zijn vastgesteld, een datum bevatten en ondertekend zijn door de betrokken instelling(en).

A3: Op de dag van ontslag is een kort schriftelijk bericht aan de opvolgende zorgverlener gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medische specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is.

Er wordt aan de norm voldaan bij het getoetste dossier als vraag 1 en 2 'aanwezig' scoren.

1 Er is direct bij overname van de zorg of in ieder geval binnen 24 uur na overname een schriftelijk document waarin de naam van de medisch specialist te vinden is.
2 Er is direct bij overname van de zorg of in ieder geval binnen 24 uur na overname een schriftelijk document waarin het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist te vinden is.

A4: Het ziekenhuis heeft met de opvolgende zorgverlener afgesproken dat het ziekenhuis deze informeert over:

De inspectie oordeelt dat in voldoende mate aan de norm voldaan is als vraag a, b, d, f en g 'aanwezig' gescoord worden (vraag c en e mogen 'niet aanwezig' gescoord worden).

a Er is een document waaruit blijkt dat het ziekenhuis en de opvolgende zorgverlener (schriftelijk) afspraken hebben gemaakt over wat er overgedragen wordt. De afspraak bevat de onderstaande 6 punten wel/niet.
b De gestelde diagnose.
c Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan.
d Actueel medicatieoverzicht.
e De vastgestelde respons van behandelingen/begeleiding.
f Ontslag (datum/tijd).
g Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis.

NB: De inspectie heeft alleen documenten in haar oordeel meegewogen die zijn vastgesteld, een datum bevatten en ondertekend zijn door de betrokken instelling(en).

B1: Er is een schriftelijke overdracht van gegevens over de klinische behandelingen voor de opvolgende zorgverleners.

Er wordt aan de norm voldaan bij het getoetste dossier als vraag 1 en 2 'aanwezig' scoren.

1 In het medisch dossier zit de schriftelijke overdracht (van de medisch specialist) van gegevens over de klinische behandelingen voor de opvolgende zorgverleners.
2 Is die schriftelijke medische overdracht op de dag van ontslag uit het ziekenhuis bij de arts die de zorg overneemt ontvangen/aanwezig?

B6: Het [retour]bericht van de specialist [aan de opvolgende zorgverlener] bevat de volgende informatie:

De inspectie oordeelt dat in voldoende mate aan de norm voldaan is bij het getoetste dossier als vraag a, c, d en e 'aanwezig' scoren (vraag b mag 'niet aanwezig' scoren).
a In het medisch dossier is een overdrachtsbrief te vinden die de 'anamnese' bevat.
b In het medisch dossier is een overdrachtsbrief te vinden die het 'lichamelijk onderzoek' bevat.
c In het medisch dossier is een overdrachtsbrief te vinden die een 'bespreking bevat.
d In het medisch dossier is een overdrachtsbrief te vinden die een 'conclusie en diagnose' bevat.
e In het medisch dossier is een overdrachtsbrief te vinden die een 'beleid' bevat.

B7: Bij overdracht [naar opvolgende zorgverlener] is er een actueel medicatieoverzicht conform de richtlijn overdracht van medicatie-gegevens zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar.

De inspectie oordeelt dat in voldoende mate aan de norm voldaan is bij het getoetste dossier als vraag 1 en 2 met daarbij vraag a, c en d 'aanwezig' scoren (vraag b mag 'niet aanwezig' scoren).

1 Is er een medicatieoverzicht van de actuele medicatie bij ontslag uit het ziekenhuis voor de opvolgende zorgverleners?
2 De medische overdracht is zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg, maar zeker binnen 24 uur beschikbaar voor de opvolgende zorgverlener.
   a Huidige geneesmiddelengebruik, inclusief sterkte, toedieningsvorm en dosering.
   b Contra-indicaties.
   c Geneesmiddelallergieën en andere ernstige bijwerkingen.
   d Medicatiehistorie van tenminste 3 maanden.

B12: De opvolgende zorgverlener heeft actief informatie opgevraagd [bij de voorgaande zorgverlener] die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen.

Er wordt aan de norm voldaan bij het getoetste dossier als vraag 1 'aanwezig' scoort.

1 Heeft de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde actief ontbrekende informatie opgevraagd bij de specialist in het ziekenhuis?

C1: Er is een schriftelijke overdracht van de verpleegkundige of verzorgende bij overplaatsing naar een andere zorgsetting, thuiszorg of andere disciplines bij ontslag naar huis.

Er wordt aan de norm voldaan bij het getoetste dossier als vraag 1 én 2 'aanwezig' scoren.

1 Is er een schriftelijke overdracht van de verpleegkundige of verzorgende uit het ziekenhuis.

2 Zo ja, is die schriftelijke verpleegkundige overdracht direct na overplaatsing of binnen max. 24 uur na overplaatsing beschikbaar voor de opvolgende zorgverlener?

C5: De verpleegkundige of verzorgende schriftelijke overdracht bevat de volgende elementen:

De inspectie oordeelt dat in voldoende mate aan de norm voldaan is bij het getoetste dossier als vraag a, c, e en j 'aanwezig' scoren (vragen b, d, f, g, h, en i mogen 'niet aanwezig' scoren).

a de verleende zorg.
b aan wie de zorg wordt overgedragen.
c door wie de zorg wordt overgedragen (naam afdeling en naam overdragend verpleegkundige).
d per wanneer de zorg wordt overgedragen.
e de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses.
f de beoogde resultaten/doelen.
g de redenen van overplaatsing of ontslag naar huis.
h de redenen voor de voortzetting van de zorg.
i met de cliënt gemaakte afspraken.
j bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen.

Bijlage 3 Bezochte ziekenhuizen

Academisch Medische Centrum te Amsterdam	Academisch
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen	Topklinisch
Catharina Ziekenhuis te Eindhoven	Topklinisch
Deventer Ziekenhuis te Deventer	Topklinisch
IJsselland Ziekenhuis Te Capelle aan den IJssel	Algemeen
Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag	Topklinisch
St. Jans Gasthuis te Weert	Algemeen
Tergooi Ziekenhuis te Blaricum	Algemeen
Waterland Ziekenhuis te Purmerend	Algemeen
ZorgSaam Ziekenhuis te Terneuzen	Algemeen

Bijlage 4 Lijst met afkortingen

Actiz	Organisatie van zorgondernemers in de ouderenzorg
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
EMGO+	Institute for Health and Care Research van de Vrije universiteit
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZ Nederland	Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg Nederland
HA	Huisarts
NHG	Nederlands Huisarten Genootschap
IG (verzorgende)	Verzorgende interne geneeskunde
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Kiwa Prismant	Onafhankelijke organisatie die hooggekwalificeerde certificering verzorgt.
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijk Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LEVV	Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (nu onderdeel van V&VN)
NeVeP	Nederlandse Vereniging van Particuliere Woon- en/of Zorgvoorzieningen
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de Zorg
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NU91	Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden
NVH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVZ	Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse vereniging van ZiekenhuisApothekers
SEH	Spoedeisende hulp
SPOT	Samenwerkende Professionele Organisaties Thuiszorg
Verenso	Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal geriaters
Vilans	Kenniscentrum voor langdurige zorg
VU	Vrije Universiteit
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VVT	verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZH	Ziekenhuis
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

IGZ 15-17